

.....
Pieczętka oferenta

.....
Data i miejsce złożenia oferty

OFERTA

I. Dane o ofercie:

1. Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej.....
.....
2. Adres wraz z kodem pocztowym.....
.....
3. Nazwa podmiotu, który utworzył zakład.....
.....
4. Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody.....
.....
5. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów.....
.....
6. NIP
7. Regon.....
8. Kierownik zakładu.....
(imię i nazwisko, nr telefonu, fax)
9. Osoba odpowiedzialna za realizację programu.....
(imię i nazwisko, nr telefonu, fax)
10. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu.....
(imię i nazwisko, nr telefonu, fax)
11. Nazwa banku i numer rachunku.....
.....

II. Dane dotyczące zadania:

1. Nr i nazwa kategorii działania wg załącznika Nr 1 do Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2008 r.
.....
.....
2. Nr i nazwa rodzajów czynności w ramach w/w kategorii działania.....
.....
.....
.....
3. Szczegółowy opis w/w rodzajów czynności (liczba uczestników, jednostka kalkulacyjna oraz dane w zależności od charakteru działania):

--

4. Metody realizacji:

--

5. Termin realizacji:

--

6. Harmonogram prowadzącego działania:

--

7. Miejsce wykonywania zadania:

--

III. Koszt realizacji zadania:

1. Kalkulacja przewidywanych kosztów działania w/g wzoru:

L.p.	Rodzaj czynności	Jednostka kalkulacyjna	Koszt jednostki (w zł)	Liczba jednostek kalkulacyjnych	Koszt całkowity (w zł)
OGÓŁEM:					

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. Inne wybrane informacje dotyczące zadania:

Oświadczam(-my), że:

- 1) Proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności statutowej naszego podmiotu,
- 2) podmiot związany jest niniejszą ofertą przez okres do dnia.....
- 3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....
pieczęć podmiotu

.....
podpis osoby upoważnionej
lub podpisy osób upoważnionych

Załączniki i ewentualne referencje:

1. Kserokopia aktualnej wersji statutu.
2. Załącznik do oferty dot. kwalifikacji osoby realizującej Program (druk załącznika wypełnia osobno każda osoba).
3. Oświadczenie o uzyskaniu informacji niezbędnych do złożenia oferty.

Poświadczenie złożenia oferty

.....

Załącznik do oferty dotyczący kwalifikacji osoby realizującej zadania Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

I. Wykształcenie istotne dla realizowanego zadania oraz posiadana specjalizacja

lekarz	↑	specjalizacja,.....	st. I , II
psycholog	↑	specjalizacja,.....	
psychiatra	↑	specjalizacja,.....	st. I , II
pedagog	↑	specjalizacja,.....	
pracownik socjalny	↑	specjalizacja,.....	
magister prawa	↑	aplikacja,.....	
inne, jakie ?			
.....			
.....			
.....			

II. Ukończone kursy i szkolenia, przez jaką instytucję prowadzone

ukończony kurs Studium Pomocy Psychologicznej	↑	
ukończone Studium Terapii Uzależnień	↑	
ukończenie Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie	↑	st. I , II
ukończony kurs terapii rodzin	↑	
ukończony kurs terapii małżeństw	↑	
inne, jakie ?		
.....		
.....		
.....		

III. Posiadane certyfikaty

instruktor terapii uzależnień	↑
certyfikowany instruktor terapii uzależnień	↑
specjalista terapii uzależnień	↑
certyfikowany specjalista terapii uzależnień	↑
inne, jakie ?	
.....	
.....	
.....	
.....	

*Wypełnia każda z osób spełniająca wymogi kwalifikacyjne zawarte w załączniku.

*Zaznaczyć odpowiednio krzyżykami i dopisać informacje uzupełniające.

.....
podpis