

Serviceproducentens namn \_\_\_\_\_

Försäkringsdistrikt till vilket anbudet lämnas: \_\_\_\_\_

Gruppterapi som anbudet gäller: \_\_\_\_\_

Multidisciplinär gruppterapi som anbudet gäller: \_\_\_\_\_

Dagrehabilitering som anbudet gäller: \_\_\_\_\_

**För gruppterapi, multidisciplinär gruppterapi och dagrehabilitering samt för de former av genomförande som nämns i punkt 1.1 i denna anbudsfrågan ska lämnas separata anbud med separata blanketter och bilagor.**

Mitt anbud består av följande blanketter och bilagor:

Kryssa för	Blankettens identifieringsuppgifter	Antalet blanketter i anslutning till anbudet
<input type="checkbox"/>	Blankett KU 115r Utredning om lokaler, utrustning och redskap och om hur terapin genomförs	_____
<input type="checkbox"/>	Blankett KU 116r Utredning om fysio-, tal- och ergoterapeutbehörighet	_____ st.
<input type="checkbox"/>	Blankett KU 133r Prisanbud – Gruppterapi, multidisciplinär gruppterapi och dagrehabilitering inom krävande medicinsk rehabilitering	_____
<input type="checkbox"/>	Blankett KU 124r Utredning om neuropsykolog-, musikterapeut- och psykoterapeutbehörighet	_____ st.
<input type="checkbox"/>	Blankett KU 135r Behörighetsvillkor för anbudsgivaren och servicen – Gruppterapi, multidisciplinär gruppterapi och dagrehabilitering inom krävande medicinsk rehabilitering	_____

**Tillförlitliga utredningar**

Kryssa för	Namnge de tillförlitliga utredningarna	Antalet bilagor
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

**Övriga bilagor**

Kryssa för	Namnge övriga bilagor	Antalet bilagor
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Anbudsgivaren försäkrar att den har kommit fram till anbudet och dess prisnivå utan syfte att begränsa konkurrensen och utan att konsultera, kommunicera eller ingå avtal med andra anbudsgivare.

Ja  Nej

**Anbudsgivaren försäkrar att till den del anbudet omfattar underleverans (detta gäller bara anbudsgivare vars anbud omfattar underleverans):**

Underleverantör/Tjänst som tillhandahålls av underleverantör/Terapeutens namn<sup>1</sup> (anges om terapitjänster tillhandahålls av en underleverantör)

---

<sup>1</sup> Om terapitjänster tillhandahålls av en underleverantör ska terapeutens uppgifter fogas till anbudet på blankett KU 116r eller KU 124r.

Anbudsgivaren förbinder sig att ingå ett skriftligt avtal om underleverans med de namngivna underleverantörerna inom den tidsfrist som nämns i punkt 1.2 i anbudsförfrågan. I avtalet om underleverans förbinder sig underleverantören att hela upphandlingsavtalsperioden 2017–2018 iaktta de förfaranden och de villkor gällande föremålet för upphandlingen och serviceproducenten som anges i anbudshandlingarna och standarden för öppenvårdsterapi samt FPA:s anvisningar.

Ja  Nej

För genomförande av terapin har anbudsgivaren enligt punkt 1.3 i anbudsförfrågan:

Ett verksamhetsställe som ägs eller hyrs av anbudsgivaren

Ett verksamhetsställe som inte ägs eller hyrs av anbudsgivaren (t.ex. läroanstalts eller hälsovårdscentrals lokal)

Den utrustning och/eller de redskap som används på verksamhetsstället vid genomförandet av terapin ägs eller hyrs av anbudsgivaren

Ja  Nej

**Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.**

Datum, underskrift och namnförtydligande

---

E-postadress

---

Postadress (FPA:s beslut skickas till denna adress)

---

Webbadress

---