*Załącznik nr 2*

do Zarządzenia nr 36/2024 Burmistrza Białego Boru z dnia 04 marca 2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Biały Bór na lata 2023-2025”

stanowiącego załącznik do Uchwały Nr LXII/407/2023 z dnia 07 listopada 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Biały Bór na lata 2023-2025”, zwanego dalej „programem”

1. Dane Oferenta Nazwa Oferenta:………

Adres:

Forma prawna•

REGON: ........................................................................................................................................

NIP:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: …………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu kontaktowego: …………………………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP): …………………………………………………………………….

Nr rachunku bankowego¹: ……………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa organu rejestrowego: ………………………………………………………………………………………………………………

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r.   
o działalności leczniczej: ………………………………………………………………………………………………………….

2. Dane partnera (jeżeli dotyczy)2

Nazwa partnera: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres:

Forma prawna: ……………………………………………………………………………………………………………………..

REGON:.

NIP ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nazwa organu rejestrowego: …………………………………………………………………………………………………..

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r.   
o działalności leczniczej: ………………………………………………………………………………………………………………

¹ Numer rachunku bankowego musi widnieć w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT - https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka. Jeśli podmiot nie ma obowiązku zgłoszenia do ww. rejestru, należy wskazać podstawę prawną. Dopuszcza się złożenie oświadczenia, że w przypadku wyboru Oferenta podany numer rachunku bankowego zostanie zgłoszony do ww. rejestru,

1. W przypadku gdy oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. W takim przypadku do oferty powinna także zostać załączona umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony. W przypadku złożenia oferty w partnerstwie, świadczenia zdrowotne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.
2. Kalkulacja kosztów realizacji projektu w latach 2024-2025

Koszty jednostkowe poszczególnych elementów przewidzianych w programie nie mogą być wyższe niż koszty wskazane w programie. Realizator gwarantuje objęcie programem oszacowanej populacji mieszkańców gminy Biały Bór – formulaż kalkulacji kosztów załącznik nr 3 do ogłoszenia

1. Kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu (należy wpisać

TAK/NIE)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Działanie | Personel medyczny (zasoby kadrowe i kompetencje osób zapewniających realizację programu) | Czy podmiot posiada wymieniony personel medyczny? (TAK/NIE) |
| 1. | Szkolenie personelu medycznego | co najmniej 1 lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym  i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu; |  |
| 2. | Oszacowanie 10 letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX | co najmniej 1 pracownik medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania uczestników np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu personelu medycznego realizowanym w ramach programu. |  |
| 3. | Konsultacja lekarska | co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy; lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego |  |
| 4. | Badanie densytometryczne | co najmniej 1 technik elektroradiolog/elektroradiolog z certyfikatem do obsługi densytometru |  |
| 5. | Działania informacyjnoedukacyjne dot.  edukacji zdrowotnej | co najmniej 1 lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny pracownik medyczny, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ. |  |

6. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Opis kwalifikacji zawodowych lekarza szkolącego personel medyczny:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Opis organizacji kampanii informacyjnej, w tym planowanych form przekazu (media społecznościowe, stworzenie i prowadzenie strony internetowej programu, projekt, wydruk, kolportaż ulotek, plakatów —   
   z podaniem ich ilości):

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Opis doświadczenia w realizacji programów polityki zdrowotnej w latach 2019-2022:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Oświadczenia Oferenta:

1. Oświadczam, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji programu,   
   w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.
2. Oświadczam, że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
3. Oświadczam, że nie byłam/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych   
   z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłam/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
4. Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.
5. Oświadczam, że Oferent posiada sprzęt i aparaturę medyczną o minimalnych wymaganiach   
   i w ilości wskazanej w programie. Oświadczam, że sprzęt spełnia wszystkie normy zgodne   
   z obowiązującym prawem oraz posiada niezbędne certyfikaty.
6. Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych   
   w programie.
7. Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych   
   w programie.
8. Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie.

Lista załączników: …..

umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony, w przypadku złożenia oferty   
w partnerstwie (jeśli dotyczy) z określeniem podziału zadań lub zakresu realizacji programu przez poszczególne strony,  pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę — w przypadku, gdy oferta nie zostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie.



………………………………………......................................................................................

(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)