## 

**FORMULARZ OFERTOWY**

***Załącznik nr 1*** *do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej* *pn.*

*„Ręczno– Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”*

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | |
| **Pełna nazwa podmiotu**  **składającego ofertę** |  |
| **Dokładny adres**  Ulica, nr  Miejscowość, kod pocztowy  Telefon i/lub fax |  |
| **Dane kontaktowe**  Telefon i/lub fax  Adres e-mail |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta**  *(nazwisko i imię,*  *tel. kontaktowy, e-mail)* |  |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nazwa banku**  **i numer rachunku bankowego** |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty**  *(nazwisko i imię,*  *tel. kontaktowy, e-mail)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU** | | |
| Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia osteoporozy: | | |
| *Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń* | *Odbiorcy* | *Rok realizacji* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA oraz INNE** | | | | | |
| **1.** | **Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu** | | | | |
| ***Lp.*** | ***Imię i Nazwisko*** | ***Tytuł lub stopień naukowy*** | ***Specjalizacja*** | ***Numer prawa wykonywania zawodu*** | ***Doświadczenie w leczeniu/profilaktyce/edukacjizwiązanej z osteoporozą (tak/nie)*** |
| **w zakresie szkoleń personelu medycznego:** co najmniej 1 lekarz 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 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **w zakresie oszacowania 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. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **zakresie konsultacji lekarskich**: 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 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **w zakresie wykonania densytometrycznego**: co najmniej 1 technik radiolog lub osoba przeszkolona przez dostawcę densytometru z certyfikatem do obsługi densytometru; | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych 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. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Sprzęt i aparatura przeznaczona do realizacji Programu (opisać)** | | | | |
|  | | | | | |
| **3.** | **Dostępność usług dla osób z niepełnosprawnościami (TAK/NIE oraz opisać)** | | | | |
|  | | | | | |

|  |
| --- |
| **IV. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY OFERTY** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V. OŚWIADCZENIA OFERENTA** | |
|  | Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego oraz że kadra ta spełnia wymagania niezbędne do prawidłowej realizacji Programu.  ……… dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada lokal usytuowany na terenie miasta ……………… (powiat piotrkowski) niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.  ………, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.  …….., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia osteoporozy, min. 3 lata.  ………, dnia …...………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporoz dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy).  ………, dnia …...………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.  ……., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie jestem ani nie  byłam(-łem) objęta(-ty) zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi  oraz karana(-ny) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.  ………, dnia …...…………………. ……………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze Zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.  ………, dnia …...…………………. ………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych uczestnikom tego Programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.  ………, dnia …...…………………. ………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).  ………, dnia …...………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy);
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
3. Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4. Kopię polisy OC, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do złożenia oferty.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS**  ***osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta***  ***W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |

**FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW**

***Załącznik nr 2*** *do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej   
pn. «Ręczno – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/towaru/świadczenia** | **Liczba/rodzaj** | **Koszt jednostkowy**  **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)**  **Rok 2024** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)**  **Rok 2025** |
|  |  | 429 - Kobiety 65+  110 – mężczyźni 75+  544 – kobiety od 40-64 r.ż. |  |  |  |
| **1** | Kwalifikacja uczestnika do programu | **x** |  |  |  |
| **2** | Oszacowanie ryzyka złamań metodą FRAX | **x** |  |  |  |
| **3** | Przeprowadzenie edukacji dla uczestnika  programu z pre-testem i post-testem | **x** |  |  |  |
| **4** | Badanie densytometryczne | **x** |  |  |  |
| **5** | Konsultacja lekarska | **x** |  |  |  |
| **6** | Przeprowadzenie szkoleń dla personelu  medycznego | **x** |  |  |  |
| **7** | Koszty personelu PPZ bezpośrednio  zaangażowanego w zarządzanie,  rozliczanie, monitorowanie projektu lub  prowadzenie innych działań  administracyjnych w projekcie, w tym w  szczególności koszty wynagrodzenia | **x** |  |  |  |
| **8** | Koszt działań informacyjnych | **x** |  |  |  |
| **9** | Koszt działań edukacyjnych, w tym  przygotowania materiałów w postaci  ulotek, plakatów, broszur | **x** |  |  |  |
| **10** | Koszt monitoringu i ewaluacii | **x** |  |  |  |
| **11.** | **Inne koszty** niezbędne do realizacji Programu – należy podać nazwę usługi/towaru/świadczenia |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | **X** | **X** |  |  |
| **CENA OFERTY OGÓŁEM ZA CAŁY OKRES TRAWNIA PROGRAMU (2024 – 2025 r):** | |

\**Rodzaje kosztów w pozycjach 1-11 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie. UWAGA! Podane ilośći są szacunkowe, liczba ostatecznych uczestników Programu może różnić się w zależności od efektywności Programu.*

|  |
| --- |
| **II. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY KALKULACJI KOSZTÓW** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. OŚWIADCZENIA OFERENTA** | |
|  | Oświadczam, że w przypadku wyboru ww. oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na świadczenie usług zgodnie z zakresem wynikającym z treści programu polityki zdrowotnej pn.**„Ręczno – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.**  ………., dnia …...…………………. …………..…………………………..  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS**  ***osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta***  ***W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |