Załącznik nr 1 do ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY

### *„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Miasta i Gminy Łasin na lata 2023-2025”*

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | |
| **Pełna nazwa podmiotu**  **składającego ofertę** |  |
| **Dokładny adres**  Ulica, numer,  kod pocztowy, miejscowość |  |
| **Dane kontaktowe**  Telefon i/lub fax  Adres e-mail |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Osoba prawna upoważniona do reprezentowania oferenta**  Nazwisko i imię,  tel. kontaktowy, e-mail |  |
| **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**  (jeżeli dotyczy) |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nazwa banku**  **i numer rachunku bankowego**  (w przypadku podatników VAT numer bankowy powinien figurować w rejestrze VAT) |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów**  Nazwisko i imię,  tel. kontaktowy, e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **II OPIS PROPONOWANEGO SPOSOBU REALIZACJI PROGRAMU** | |
| **1.** | **MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU** |
| a) szkolenie personelu medycznego -  b) działania informacyjno-edukacyjne z oceną ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX -  c) pomiar BDM za pomocą DXA -  d) lekarska wizyta podsumowująca - | |
| **2.** | * 1. **DOŚWIADCZENIE OFERENTA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI OSTEOPOROZY I INNYCH REALIZOWANYCH PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ (RODZAJ, ZAKRES, ODBIORCY, ROK REALIZACJI)** |
|  | |
| **3.** | **DOŚWIADCZENIE OFERENTA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ DZIAŁAŃ Z ZAKRESU EDUKACJI ZWIĄZANEJ Z PROFILAKTYKĄ OSTEOPOROZY I INNYCH REALIZOWANYCH PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ (RODZAJ, ZAKRES, ODBIORCY, ROK REALIZACJI)** |
| |  |  | | --- | --- | | **4.** | **ZAPLANOWANA LICZBA BENEFICJENTÓW PROGRAMU** |  |  |  | | --- | --- | | **5.** | **SZCZEGÓŁOWY OPIS ZADAŃ I SPOSÓB REALIZACJI (OPIS MUSI BYĆ SPÓJNY Z HARMONOGRAMEM I KOSZTORYSEM)** | | |
|  | |
| **6.** | * 1. **HARMONOGRAM ZADAŃ – TERMINY ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA POSZCZEGÓLNYCH ZADAŃ WRAZ Z WYKAZEM REALIZATORÓW** |
| |  |  | | --- | --- | | **7.** | * 1. **MONITOROWANIE I EWALUACJA PROGRAMU** | | |  |  | | --- | --- | | **8** | * 1. **OCZEKIWANE REZULTATY** | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA** | | | | | |
| **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/edukacjiwiązanej z osteoporozą (podać w latach)*** |
| Szkolenie personelu medycznego (etap I) – lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu załamaniom osteoporotycznym i upadkom | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Osoba odpowiedzialna za edukację (etap II) – lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Osoba odpowiedzialna za organizację i koordynację nad realizacją Programu po stronie realizatora | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Lekarska wizyta podsumowująca - lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu załamaniom osteoporotycznym i upadkom | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Technik elektroradiolog | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Wyposażenie (opisać)** | | | | |
|  | | | | | |
| **3.** | **Przygotowanie/zapewnienie materiałów edukacyjnych i sposób ich upowszechniania (opisać)** | | | | |
|  | | | | | |
| **4.** | **Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej (opisać)** | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV****. 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.  ……...., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny i infrastrukturę niezbędne do prawidłowej realizacji Programu.  ……...., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej  ……...., 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 Osteoporozy dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy).  …....,, dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę i realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców.  ….….. 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 jego uczestnikom, 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* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapoznał się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.  ……….. dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.  ……..., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VII. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY** | | | | |
| *Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta* | | **DOTYCZY** | | **NIE DOTYCZY** |
| 1. **1.** | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS | |  |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG | |  |  |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | |  |  |
|  | Kopia polisy ubezpieczeniowej OC | |  |  |
|  | Wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowej | |  |  |
|  | Inne | |  |  |

Dołączone do oferty dokumenty mogą mieć formę:

1. kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta,
2. pobranego z właściwej ewidencji elektronicznego wydruku.

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