Załącznik nr 1

do Ogłoszenia konkursu ofert

**Urząd Miasta Kamienna Góra**

**Plac Grunwaldzki 1**

**58-400 Kamienna Góra**

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

Pieczęć firmowa oferenta

Oferta realizacji w roku 2022 programu polityki zdrowotnej pn. **„Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Kamienna Góra”.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.I. DANE OFERENTA** | |
| **1.** **Pełna nazwa oferenta**  **(zgodnie z dokumentem rejestrowym**) |  |
| **2.** **Adres wraz z kodem pocztowym**  **Numer tel.**  **Numer fax.**  **Adres e-mail** |  |
| **3. Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta** |  |
| **4. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  |
| **5. NIP** |  |
| **6. Regon** |  |
| **7. Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego**  **(imię i nazwisko, nr. tel., fax,)** |  |
| **8. Osoba odpowiedzialna za realizację programu**  **(imię i nazwisko, nr. tel., fax, adres e-mail)** |  |
| **9. Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za rozliczenia osobowe (imię i nazwisko, nr. tel., fax, adres e-mail)** |  |
| **10. Nazwa banku** |  |
| **11. Numer konta** |  |
| **II KALKULACJA KOSZTÓW** | |
| **Działania edukacyjne** *(maks. koszt 3 300 zł)* |  |
| **Warsztaty i szkolenia, druk materiałów promocyjnych** (*maks. Koszt 1 700 zł)* |  |
| **Koszt koordynatora medycznego programu**  (*maks. Koszt 3 300 zł)* |  |
| **Świadczenie pielęgniarki wraz z badaniem FRAX**  *(planowana liczba osób 495) – koszt jednostkowy 20 zł* |  |
| **Porada lekarza** *(planowana liczba osób 247) – koszt jednostkowy 60 zł* |  |
| **Badanie densytometryczne DXA**  *(planowana liczba osób 124) – koszt jednostkowy 60 zł* |  |
|  |  |
| **III. LICZBA OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PROGRAMU ORAZ ICH KWLIFIKACJE** | |
| **Imiona i nazwiska lekarzy(a) i pielęgniarek(i) oraz innego personelu** | Kwalifikacji zawodowe |
|  |  |
| **IV. WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM** | |
|  | |
| **V. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W DZIEDZNIE OBJĘTEJ PROGRAMEM** | |
|  | |
| **VI. HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU** | |
| **Rodzaj zadania** | **Termin realizacji** |
| **Działania edukacyjne** (m.in. kwalifikacja do programu, akcja edukacyjna z ankietą pre-test) |  |
| **Warsztaty i szkolenia, druk materiałów promocyjnych** |  |
| **Świadczenie pielęgniarki wraz z badaniem FRAX** |  |
| **Porada lekarza** |  |
| **Badania densytometryczne DXA** |  |
| **Spotkanie podsumowujące z ankietą satysfakcji** |  |
| **Sprawozdanie końcowe (merytoryczno-finansowego) z realizacji programu** |  |

**Oświadczam, że:**

1) zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora w roku 2022 programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców miasta Kamienna Góra” oraz, że przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jego treści.

2) świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. (Dz.U. z 2022 r., poz. 402)

3) cena wskazana w ofercie uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją programu,

4) dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Kamienna Góra, dnia................................. Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji

**Uwaga! Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.**

1. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.

2. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając pustych miejsc. W przypadku rubryk, których wypełnianie nie dotyczy danego oferenta należy wpisać "nie dotyczy".

3. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.

4. Do oferty należy dołączyć:

a) aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oferenta,

b) kopię zaświadczenia o nadaniu nr NIP oferenta,

c) kopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON oferenta,

d) kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta),

e) kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.