*Załącznik nr 2 do ogłoszenia*

……………………………….

(pieczątka oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY1

Oferta dotyczy zamówienia na realizację w latach 2024-2025 programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy na terenie Gminy Miasta Toruń na lata 2023-2025 pn. „Mocne Kości Do Starości”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Dane oferenta** | | |
| **Nazwa oferenta** |  | |
| **Dokładny adres siedziby**  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** |  | |
| **KRS** |  | |
| **POLISA OC** | Okres obowiązywania od………….do…….………  Suma gwarancyjna………………….……………… | |
| **Nazwa banku**  **i numer rachunku bankowego**  (w przypadku podatników VAT numer bankowy powinien figurować w rejestrze VAT) |  | |
| **Miejsce realizacji programu** |  | |
| **Osoba uprawniona do kontaktów**  Nazwisko i imię,  tel. kontaktowy, e-mail |  | |
| **Przewidywany okres realizacji programu:** | Od dnia………….2024 r. do dnia…….………..2025 r. | |
| **II. Liczba odbiorców** | | |
| Kadra medyczna bezpośrednio zaangażowana w realizację programu. |  | Ilość osób |
| lekarz optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), |  |
| elektroradiolog |  |
| fizjoterapeuta |  |
| Pielęgniarka/pielęgniarz |  |
| przedstawiciel zawodu medycznego posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizacją programu pytania świadczeniobiorców |  |
| personel medyczny/niemedyczny zaangażowany w zarządzanie, rozliczanie, prowadzenie innych działań administracyjnych |  |
| **RAZEM:** |  |
| Planowana ilość mieszkańców gminy w wieku powyżej 50 r.ż., którzy zostaną objęci działaniami informacyjno-edukacyjnym |  | |
| Ilość kobiet w wieku ≥65, które objęte zostaną oceną ryzyka występowania poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzi FRAX |  | |
| **Ilość kobiet w wieku** 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka, które objęte zostaną oceną ryzyka występowania poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzi FRAX |  | |
| Ilość kobiet, dla których wykonane zostanie badanie densytometryczne |  | |
| Ilość kobiet, które zostaną skierowane na podsumowująca wizytę kontrolną |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Kwalifikacje personelu medycznego** | | | | | | | | | | |
| Lp. | | Imię i nazwisko | | | Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych, specjalizacja, odbyte kursy/w tym kurs szczepień – zał. ksero dokumentu/ | | | | Nr statystyczny uprawnień, nr prawa wykonywania zawodu | |
| -1- | | -2- | | | -3- | | | | -4- | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |
| **VI. Organizacja planowanych interwencji** | | | | | | | | | | |
| Dostępność do działań informacyjno-edukacyjnych oraz świadczeń. | | | | | | Bezpośredni kontakt ze świadczeniobiorcami, co najmniej 6 razy w tygodniu.  Bezpośredni kontakt ze świadczeniobiorcami, co najmniej 5 razy w tygodniu.  Bezpośredni kontakt ze świadczeniobiorcami, co najmniej 3 razy w tygodniu.  Bezpośredniego kontaktu ze świadczeniobiorcami wyłącznie w określonych terminach.  Inne (należy wskazać)…………………………………. | | | | |
| Stacjonarna pracownia densytometryczna (dostępna, co najmniej 6 razy w tygodniu).  Stacjonarna pracownia densytometryczna (dostępna, co najmniej 5 razy w tygodniu).  Stacjonarna pracownia densytometryczna (dostępna, co najmniej 3 razy w tygodniu).  Mobilna pracownia densytometryczna (dostępna, co najmniej 6 razy w tygodniu).  Inne (należy wskazać)……………….………………. | | | | |
| Bezpośredni kontakt świadczeniobiorcy z lekarzem podczas wizyty podsumowującej (dostępność, co najmniej 6 razy w tygodniu).  Bezpośredni kontakt świadczeniobiorcy z lekarzem podczas wizyty podsumowującej (dostępność, co najmniej 3 razy w tygodniu).  Inne (należy wskazać)…………………………………. | | | | |
| **V. Działania informacyjno - edukacyjne oraz promocyjne** | | | | | | | | | | |
| Opis działań | | |  | | | | | | | |
| **VI. Koszt realizacji Programu** | | | | | | | | | | |
| **Koszty pośrednie** | | | | | | | | | | |
| Lp. | Rodzaj zadania | | | | | | Ilość | Cena jednostkowa | | Suma |
|  |  | | | | | |  |  | |  |
| 1. | Ewaluacja i monitorowanie | | | | | | 1 |  | |  |
| 2. | Działalność Rada ds. programu,  koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia. | | | | | |  |  | |  |
| 3. | Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ. | | | | | |  |  | |  |
| 4. | Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.) | | | | | |  |  | |  |
| **Koszty bezpośrednie** | | | | | | | | | | |
| Lp. | Rodzaj zadania/świadczenia | | | | | | ilość | Cena jednostkowa | | Suma |
| 1. | Koszt organizacji i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego | | | | | |  |  | |  |
| 2. | Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców, materiały reklamowe, koszt organizacji wykładów. | | | | | |  |  | |  |
| 3. | Koszt obsługi narzędzia FRAX | | | | | |  |  | |  |
| 4. | Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA | | | | | |  |  | |  |
| 5. | Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej | | | | | |  |  | |  |
| Suma | | | | | | |  |  | |  |
| **Koszt całkowity** | | | | …………….……brutto (słownie……………….….)  …………….……netto (słownie…….……………...) | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **VII. Oświadczenia** | |
| 1. | 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* |
| 2. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę spełnia wymagania określone dla podmiotów leczniczych  w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r..  ……...., dnia …...…………………. …………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| 3. | Oświadczam, podmiot składający ofertę stosuje zaleceniami i rekomendacje polskich ekspertów (np. zaleceń Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości  i Osteoporozy dotyczących diagnostyki i leczenia osteoporozy).  ……...., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| 4. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę będzie realizował Program bez udziału podwykonawców.  ……...., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| 5. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę oferent nie zalega z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.  ……...., dnia …...…………………. …………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| 6. | Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego  z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych w okresie 3 lat przed ogłoszeniem konkursu.  …..., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| 7. | 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* |
| 8. | 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* |
| 9. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.  ……..., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| 10. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę przeznaczy kwotę środków na realizację zadania zgodnie  z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.  ……..., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| 11. | 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* |
| 12. | 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* |
| 13. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej  ……...., dnia …...…………………. …………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| 14. | 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* |
| **15.** | Oświadczam, że dane podane przez że podmiot składający ofertę w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.  ……..., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |
| **16.** | Oświadczam, że podmiot składający ofertę ponosi 20 % kosztów realizacji Programu w okresie obowiązywania umowy.  ……..., dnia …...…………………. ……………………………………………  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………  *(miejscowość, data)* | *(Pieczątka)* | *……………..………………………..……………………………………*  *Podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta* |

*1 Należy wypełnić* ***wszystkie pola oferty****; w przypadku, gdy nie dotyczy, należy wpisać* ***„nie dotyczy”****.*