*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 faxAdres 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”****.*