

.....
(pieczęćka 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-educacyjnym		
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 podsumowującą wizytę kontrolną		

	<input type="checkbox"/> Bezpośredni kontakt świadczeniobiorcy z lekarzem podczas wizyty podsumowującej (dostępność, co najmniej 6 razy w tygodniu). <input type="checkbox"/> Bezpośredni kontakt świadczeniobiorcy z lekarzem podczas wizyty podsumowującej (dostępność, co najmniej 3 razy w tygodniu). <input type="checkbox"/> 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 <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
2.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę spełnia wymagania określone dla podmiotów leczniczych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r.. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
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 <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
4.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę będzie realizował Program bez udziału podwykonawców. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
5.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę oferent nie zalega z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>

6.	<p>Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych w okresie 3 lat przed ogłoszeniem konkursu.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
7.	<p>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.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
8.	<p>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.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
9.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
10.	<p>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.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
11.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny i infrastrukturę niezbędne do prawidłowej realizacji Programu.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
12.	<p>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).</p> <p>....., dnia</p> <p>..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>

13.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
14.	<p>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.</p> <p>..... dnia</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
15.	<p>Oświadczam, że dane podane przez że podmiot składający ofertę w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
16.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę ponosi 20 % kosztów realizacji Programu w okresie obowiązywania umowy.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>

<p>..... (miejsowość, data)</p>	<p style="text-align: center;">(Pieczętka)</p>	<p style="text-align: right;">..... Podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta</p>
-------------------------------------	--	---

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

