Załącznik nr 1

Do ogłoszenia konkursu ofert

**Urząd Miasta Lubawka**

**Plac Wolności 1**

**58-420 Lubawka**

**Formularz ofertowy**

………………………………………

Pieczęć firmowa oferenta

Oferta realizacji w roku 2024 programu polityki zdrowotnej pn. **„Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców Gminy Lubawka”.**

|  |
| --- |
| I. DANE OFERENTA |
| Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| Adres wraz z kodem pocztowymNumer tel.Numer fax.Adres e-mail |  |
| Osoba(y) upoważniona€ do reprezentowania oferenta |  |
| Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax, adres e-mail) |  |
| Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za rozliczenia osobowe (imię i nazwisko, nr tel., fax, adres e-mail) |  |
| Nazwa banku |  |
| Numer konta |  |

|  |
| --- |
| II. KALKULACJA KOSZTÓW |
| Działania edukacyjne (maks. koszt 2 000,00 zł) |  |
| Warsztaty, szkolenia, druk materiałów promocyjnych (maks. 3 000,00 zł) |  |
| Koszt koordynatora medycznego programu (maks. 4 614,40 zł) |  |
| Świadczenie pielęgniarki wraz z badaniem FRAX (planowana liczba osób 263) – koszt jednostkowy 30,00 zł |  |
| Porada lekarza (planowana liczba osób 131) – koszt jednostkowy 100,00 zł) |  |
| Badanie densytometryczne DXA (planowana liczba osób 92) – koszt jednostkowy 80,00 zł |  |
| **Kryterium I: Cena - łączna suma kosztów** |  |

|  |
| --- |
| **Kryterium II** (zgodnie z zapisami ogłoszenia o konkursie ofert)**Czas pracy poradni (należy wstawić X)** |
| **Liczba dni w tygodniu** | **Punktacja** | **Wstaw X**  |
| 5 dni | 40 pkt |  |
| 4 dni | 32 pkt |  |
| 3 dni | 24 pkt |  |
| 2 dni | 16 pkt |  |
| 1 dni | 8 pkt |  |

|  |
| --- |
| **III. LICZBA OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI PROGRAMU ORAZ ICH KWALIFIKACJE**  |
| **Imiona i nazwiska lekarzy(a) i pielęgniarek(i) oraz innego personelu**  | **Kwalifikacje zawodowe** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **IV. WARUNKI LOKALOWE I WYPOSAŻENIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ, W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM** |
|  |

|  |
| --- |
| **V. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE W DZIEDZINIE 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 2024 programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców Gminy Lubawka” oraz, że przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jego treści.
2. Oświadczenia 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.

Lubawka, dnia ………………………………………….

Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji

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

1. Wszystkie miejsca, w których oferent zaniósł 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:
5. Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oferenta,
6. Kopię zaświadczenia o nadaniu nr NIP oferenta,
7. Kopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON oferenta,
8. Kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta),
9. Kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku
z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.