**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

|  |
| --- |
| **Gmina Nowy Duninów****ul. Osiedlowa 1****09-505 Nowy Duninów**  |

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

 *Pieczątka firmowa oferenta*

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu pn.**

**„Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas V szkoły podstawowej w 2020 r.”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **I. DANE OFERENTA** |  |
| 1. | Pełna nazwa oferenta(zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| Numer tel: | Numer faksu: |
| 3. | Osoba(y) upoważniona(e)do reprezentowania oferenta |  |
| 4. | Nr 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.) |  |
| 9. | Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.) |  |
| 10. | Nazwa banku |  |
| 11. | Numer konta |  |
| **II. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZENIA** |  |
| Lekarz pediatra, lekarz poz.(wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| mgr fizjoterapii (wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| Osoba do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialna za rejestrację pacjentów, prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej, w tym Indywidualnej Karty Profilaktycznego Badania Ucznia(wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| Osoba prowadząca działalność promocyjno-edukacyjną(wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| **III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU (NAZWA, ADRES I TELEFON KONTAKTOWY JEDNOSTKI, KRÓTKI OPIS WARUNKÓW LOKALOWYCH)** |
|  |
| **IV. WYPOSAŻNIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ, W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM I MATERIAŁY WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ** |
| 1. | Zgodność wyposażenia gabinetu do ćwiczeń korekcyjnych z przepisami obowiązującymi w tym zakresie |  |
| 2. | Materiały do realizacji zajęć promocyjnych i edukacyjnych w ramach programu polityki zdrowotnej |  |
| **V. OPIS DZIAŁAŃ PROMOCYJNO-EDUKACYJNYCH** |
|  |
| **VI. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W TYM DNI I GODZINY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ** |
|  |
| **VII. DOŚWIADCZENIE OFERENTA** |
|  |
| **VIII. KALKULACJA KOSZTÓW** |
| **Lp.** | **Katalog świadczeń** | **Ilość jednostek** | **Koszt jednostkowy** **(cena brutto w zł)** | **Koszt całkowity (kwota brutto w zł)** |
| **1** | Zajęcia z edukacji rodziców/opiekunów prawnych | 1 x 45 min. |  |  |
| **2** | Konsultacja lekarska i fizjoterapeuty ( w tym badanie wtórne przesiewowe na początku i na końcu programu – test Zuchory) | 54 x 2 |  |  |
| **3** | Ćwiczenia grupowe z fizjoterapeutą dla grupy Bk 2 (maksymalnie 10 osób) | 20 zajęć x 30 minut |  |  |
| **4** | Ćwiczenia indywidualne z fizjoterapeutą dla grupy Bk 3 (maksymalnie 10 osób) | 400 zajęć x 30 minut |  |  |
| **5** | Przygotowanie i druk broszury dla populacji docelowej uczniów | 54 sztuki |  |  |
| **6** | Przygotowanie, druk i analiza wyników pre-testów i post-testów, ankiet satysfakcji | 216 sztuk |  |  |

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią Ogłoszenia Wójta Gminy Nowy Duninów o konkursie ofert, Szczegółowymi warunkami konkursu na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas V szkoły podstawowej w 2020 r.”;
2. świadczenia zdrowotne w ramach ww. programu polityki zdrowotnej będą realizowane w pomieszczeniach

……………………………………………………………………………………………...,

(nazwa podmiotu leczniczego - oferenta )

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. 2019 poz. 595 );

1. osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają wymagane przepisami prawa kwalifikacje;
2. uzyskał zgodę dyrektora przedszkola/szkoły, na terenie którego/-ej będzie w wymaganym zakresie realizowany program polityki zdrowotnej;
3. wszystkie dane zawarte w ofercie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

........…………….. ...........……………………………………

Miejscowość, data Podpis i pieczątka osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji osób