**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

 **z dnia 2 stycznia 2023 r.**

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

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

 *Pieczątka firmowa oferenta*

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2023 roku”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **I. DANE OFERENTA** |  |
| 1. | Pełna nazwa oferenta(zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| Numer tel: | Adres e-mail: |
| 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., e-mail) |  |
| 8. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., e-mail) |  |
| 9. | Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., e-mail) |  |
| 10. | Nazwa banku |  |
| 11. | Numer konta |  |
| **II. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZENIA** |  |
| lekarz poz/lekarz specjalista rehabilitacji(wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| mgr fizjoterapii (wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| technik fizjoterapii(wykaz imienny, kwalifikacje) |  |
| osoba do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialna za rejestrację pacjentów, prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej, działalność edukacyjną i promocyjną(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 zabiegów rehabilitacyjnych 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 zdrowotnej | 5 x 60 min. |  |  |
| **2** | Konsultacja lekarska  | 100/usługa |  |  |
| **3** | Konsultacja mgr fizjoterapii | 200/usługa |  |  |
| **4** | Indywidualne plany rehabilitacji | 100/sztuka |  |  |
| **5** | Zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą | 1 000/usługa |  |  |
| **5** | Opracowanie, druk i analiza wyników ankiet satysfakcji, testów wiedzy dla uczestników programu | 300/sztuka |  |  |
| **6** | Opracowanie graficzne i wydruk ulotki promocyjno-informacyjnej | 200/sztuka |  |  |

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 polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2023 roku”,
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. 2022 poz. 402),

1. osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają wymagane przepisami prawa kwalifikacje,
2. przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
3. zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
4. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
5. utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
6. zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych),
7. wszystkie dane zawarte w ofercie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

........……………..

Miejscowość, data

 ………………………………………………………………………

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentacji