Załącznik nr 2

 do ogłoszenia konkursu ofert na

 realizację programu polityki zdrowotnej

 z dnia 9 lutego 2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

### *„*Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2024 roku*”*

|  |
| --- |
| **I. DANE OFERENTA** |
| **Pełna nazwa podmiotu****składającego ofertę** |  |
| **Dokładny adres**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** |  |
| **Nazwa banku** **i numer rachunku bankowego**(w przypadku podatników VAT numer bankowy powinien figurować w rejestrze VAT) |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów** Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail |  |

|  |
| --- |
| **II. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I EFEKTYWNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU** |
| **1.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej |
| *Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń* | *Odbiorcy* | *Rok realizacji* |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **2.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań edukacyjnych z zakresu chorób układu kostno- stawowego i mięśniowego |
| *Rok* | *Oferent zrealizował działania edukacyjne z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego prowadzone w ramach programów polityki zdrowotnej* *Proszę wpisać „tak” lub „nie”* | *Liczba godzin zrealizowanych**działań* | *Rodzaj i zakres zrealizowanych działań* |
| 2023 |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |
| **3.** | Liczba zabiegów rehabilitacyjnych, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej przeprowadzonych w okresie ostatnich 2 lat |
| *Rok* | *Liczba zabiegów rehabilitacyjnych przeprowadzonych w ciągu roku* |
| 2023 |  |
| 2022 |  |

|  |
| --- |
| **III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA** |
| **1.** | **Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu** |
| ***Lp.*** | ***Imię i Nazwisko*** | ***Tytuł lub stopień naukowy*** | ***Specjalizacja*** | ***Numer prawa wykonywania zawodu*** | ***Doświadczenie w leczeniu/profilaktyce/edukacjiwiązanej z osteoporozą (podać w latach)*** |
| Edukacja zdrowotna – lekarz POZ, lekarz specjalista rehabilitacji, magister fizjoterapii |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Kwalifikacja pacjentów do udziału w Programie – lekarz POZ, lekarz specjalista rehabilitacji |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Konsultacja na początku i na końcu realizacji Programu – mgr  fizjoterapii |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Opracowywanie indywidualnych planów rehabilitacji – mgr fizjoterapii |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Realizacja zabiegów rehabilitacyjnych – mgr fizjoterapii, technik fizjoterapii |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Pielęgniarka dyplomowana, osoba odpowiedzialna za organizację i koordynację realizacji Programu po stronie realizatora |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IV. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ** |
| **1.** | **Dostępność do świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej w godzinach popołudniowych** |
| ***Dostępność do świadczeń zdrowotnych w godzinach popołudniowych (co najmniej od godz. 15:00 do godz. 18:00)*** ***Proszę wpisać „tak” lub „nie”*** |  |

|  |
| --- |
| **V****. OŚWIADCZENIA OFERENTA** |
|  | Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego.……...., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych w  zakresie rehabilitacji leczniczej i edukacji z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego.……...., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | 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* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. ……...., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. np. stanowiska Ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego). …....,, dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | 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* |
|  | Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.…..., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | 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* |
|  | 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* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.……..., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | 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).……..., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | 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* |
|  | Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień składania niniejszej oferty.……..., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |

|  |
| --- |
| **VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY** |
| *Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta* | **DOTYCZY** | **NIE DOTYCZY** |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS |  |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG |  |  |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |  |
|  | Kopia polisy ubezpieczeniowej OC  |  |  |
|  | Inne  |  |  |

Dołączone do oferty dokumenty mogą mieć formę:

1. kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta;
2. pobranego z właściwej ewidencji elektronicznego wydruku.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS****osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta****W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców** |
|  |  |  |