Załącznik nr 2

 do ogłoszenia konkursu ofert na

 realizację programu polityki zdrowotnej

 z dnia 13 marca 2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

### *„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Nowy Duninów na lata 2023-2025”*

|  |
| --- |
| **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 profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy: |
| *Tytuł zrealizowanego programu polityki zdrowotnej* | *Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń* *w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy* | *Odbiorcy* | *Rok realizacji* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2.** | Roczna liczba badań diagnostycznych zrealizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy przeprowadzonych w okresie ostatnich 2 lat. |
| *Rok* | *Liczba badań diagnostycznych 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)*** |
| Szkolenie personelu medycznego (etap I) – optymalnie lekarz ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i  profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu załamaniom osteoporotycznym i  upadkom |
|  |  |  |  |  |  |
| Osoba odpowiedzialna za edukację (etap II) – lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych. |
|  |  |  |  |  |  |
| Osoba odpowiedzialna za ocenę ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III) - przedstawiciel zawodu medycznego posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym Programem pytania świadczeniobiorców  |
|  |  |  |  |  |  |
| Osoba odpowiedzialna za pomiar BMD za pomocą DXA (etap IV) – technik/specjalista elektroradiologii/elektroradiolog |
|  |  |  |  |  |  |
| Lekarska wizyta podsumowująca (etap V) – lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy i/lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Liczba pracowni densymetrycznych (densytometr DXA do badania kości udowej, komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej, drukarka)** |
|  |

|  |
| --- |
| **IV. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH** |
| **1.** | **Liczba dni dostępności do badań diagnostycznych w ramach programu polityki zdrowotnej w ciągu miesiąca**  |
|  |
| **2.** | **Dostępność do badań diagnostycznych w ramach programu polityki zdrowotnej w godzinach popołudniowych (co najmniej od godz. 15:00 do godz. 18:00) co najmniej przez 2 dni w ciągu miesiąca.** **Proszę wpisać „TAK” lub „NIE”** |
|  |

|  |
| --- |
| **V****. OŚWIADCZENIA OFERENTA** |
|  | Oświadczam, że przedmiot Programu mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta w  świetle obowiązujących przepisów.……...., dnia …...…………………. …………………………………………… *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu 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 zapewnia właściwy sprzęt medyczny i infrastrukturę niezbędne do prawidłowej realizacji Programu i odpowiadające wymaganiom określonym w odrębnych przepisach.……...., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych z  zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy.……...., dnia …...…………………. ……………………………………………*Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu oferenta* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy). …....,, 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 złożenia 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** |
|  |  |  |