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 fax  Adres 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** |
|  |  |  |