Załącznik nr 2

do ogłoszenia konkursu ofert na

realizację programu polityki zdrowotnej

z dnia 8 stycznia 2025 r.

FORMULARZ OFERTOWY

### *„*Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2025 roku*”*

|  |  |
| --- | --- |
| **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 świadczeń z zakresu profilaktyki, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej | | | | |
| *Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń* | | | *Odbiorcy* | | *Rok realizacji* |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| **2.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu edukacji związanej z profilaktyką, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej | | | | |
| *Rok* | | *Oferent prowadził działania z zakresu edukacji* *prowadzonej w ramach realizacji programów polityki zdrowotnej*  *Proszę wpisać „tak” lub „nie”* | | *Rodzaj i zakres prowadzonych działań* | |
| 2023 | |  | |  | |
| 2024 | |  | |  | |
| **3.** | Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań profilaktycznych, realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej | | | | |
| *Rok* | | *Liczba badań profilaktycznych przeprowadzonych w ciągu roku* | | | |
| 2023 | |  | | | |
| 2024 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Osoba odpowiedzialna za organizację i koordynację nad realizacją Programu po stronie realizatora | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym liczba dni w tygodniu i godziny wykonywania świadczeń (opis)** | | | | |
|  | | | | | |
| **3.** | **Plan przygotowania materiałów edukacyjnych i ich upowszechniania (opis)** | | | | |
|  | | | | | |
| **4.** | **Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej** | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ** | |
| **1.** | **Sposób zapewnienia dostępności zgodnie z zapisami ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2024 r. poz. 1411) (opis)** |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 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 osobowych).  ……..., 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.  ……..., 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 |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające posiadane doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych |  |  |
|  | 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** |
|  |  |  |