

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”

<b>I. DANE OFERENTA</b>	
<b>Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę</b>	
<b>Dokładny adres</b> Ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość	
<b>Dane kontaktowe</b> Telefon i/lub fax Adres e-mail	
<b>Forma prawna</b>	
<b>Osoba prawna upoważniona do reprezentowania oferenta</b> Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail	
<b>Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą</b> (jeżeli dotyczy)	
<b>NIP</b>	
<b>REGON</b>	
<b>Nazwa banku i numer rachunku bankowego</b> (w przypadku podatników VAT numer bankowy powinien figurować w rejestrze VAT)	
<b>Osoba uprawniona do kontaktów</b> Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail	

## II. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I EFEKTYWNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU

<b>1.</b>			Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej		
<i>Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń</i>		<i>Odbiorcy</i>		<i>Rok realizacji</i>	
<b>2.</b>			Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu edukacji związanej z profilaktyką, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej		
<i>Rok</i>	<i>Oferent prowadził działania z zakresu edukacji prowadzonej w ramach realizacji programów polityki zdrowotnej Proszę wpisać „tak” lub „nie”</i>		<i>Rodzaj i zakres prowadzonych działań</i>		
2023					
2024					
<b>3.</b>			Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań profilaktycznych, realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej		
<i>Rok</i>	<i>Liczba badań profilaktycznych przeprowadzonych w ciągu roku</i>				
2023					
2024					

## III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA

<b>1. Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu</b>					
<i>Lp.</i>	<i>Imię i Nazwisko</i>	<i>Tytuł lub stopień naukowy</i>	<i>Specjalizacja</i>	<i>Numer prawa wykonywania zawodu</i>	<i>Doświadczenie w leczeniu/profilaktyce/edukacji związanej z osteoporozą (podać w latach)</i>
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					

<b>2.</b>	<b>Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym liczba dni w tygodniu i godziny wykonywania świadczeń (opis)</b>
<b>3.</b>	<b>Plan przygotowania materiałów edukacyjnych i ich upowszechniania (opis)</b>
<b>4.</b>	<b>Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej</b>

<b>IV. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ</b>	
<b>1.</b>	<b>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)</b>

<b>V. OŚWIADCZENIA OFERENTA</b>	
<b>1.</b>	<p>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.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
<b>2.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny i infrastrukturę niezbędne do prawidłowej realizacji Programu.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
<b>3.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
<b>4.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. np. stanowiska Ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego).</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>

5.	<p>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.</p> <p>..... dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
6.	<p>Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
7.	<p>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.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
8.	<p>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.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
9.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
10.	<p>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).</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
11.	<p>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.</p> <p>..... dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>
12.	<p>Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</p> <p>....., dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</p>

## VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

<i>Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta</i>		<b>DOTYCZY</b>	<b>NIE DOTYCZY</b>
<b>1.</b>	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS		
<b>2.</b>	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG		
<b>3.</b>	Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
<b>4.</b>	Kopia polisy ubezpieczeniowej OC		
<b>5.</b>	Oświadczenie potwierdzające posiadane doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych		
<b>6.</b>	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.

<b>DATA</b>	<b>PIECZĄTKA OFERENTA</b>	<b>PODPIS</b> osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców