**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

|  |
| --- |
| **Gmina Nowy Duninów**  **ul. Osiedlowa 1**  **09-505 Nowy Duninów** |

..............................................

*Pieczątka firmowa oferenta*

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu pn.**

**„Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas V szkoły podstawowej w 2020 r.”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **I. DANE OFERENTA** | | |  | | | | |
| 1. | Pełna nazwa oferenta  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) | | |  | | | |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym | | |  | | | |
| Numer tel: | | Numer faksu: | |
| 3. | Osoba(y) upoważniona(e)  do reprezentowania oferenta | | |  | | | |
| 4. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | | |  | | | |
| 5. | NIP | | |  | | | |
| 6. | Regon | | |  | | | |
| 7. | Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego  (imię i nazwisko, nr tel., fax) | | |  | | | |
| 8. | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.) | | |  | | | |
| 9. | Główny księgowy lub osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel.) | | |  | | | |
| 10. | Nazwa banku | | |  | | | |
| 11. | Numer konta | | |  | | | |
| **II. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZENIA** | | | |  | | | | |
| Lekarz pediatra, lekarz poz.  (wykaz imienny, kwalifikacje) | | | |  | | | |
| mgr fizjoterapii  (wykaz imienny, kwalifikacje) | | | |  | | | |
| Osoba do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialna za rejestrację pacjentów, prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej, w tym Indywidualnej Karty Profilaktycznego Badania Ucznia  (wykaz imienny, kwalifikacje) | | | |  | | | |
| Osoba prowadząca działalność promocyjno-edukacyjną  (wykaz imienny, kwalifikacje) | | | |  | | | |
| **III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU (NAZWA, ADRES I TELEFON KONTAKTOWY JEDNOSTKI, KRÓTKI OPIS WARUNKÓW LOKALOWYCH)** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **IV. WYPOSAŻNIE MEDYCZNE POMIESZCZEŃ, W KTÓRYCH BĘDZIE REALIZOWANY PROGRAM I MATERIAŁY WYKORZYSTYWANE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ** | | | | | | | | |
| 1. | Zgodność wyposażenia gabinetu do ćwiczeń korekcyjnych z przepisami obowiązującymi w tym zakresie | |  | | | | | |
| 2. | Materiały do realizacji zajęć promocyjnych i edukacyjnych w ramach programu polityki zdrowotnej | |  | | | | | |
| **V. OPIS DZIAŁAŃ PROMOCYJNO-EDUKACYJNYCH** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **VI. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W TYM DNI I GODZINY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **VII. DOŚWIADCZENIE OFERENTA** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **VIII. KALKULACJA KOSZTÓW** | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Katalog świadczeń** | **Ilość jednostek** | | | **Koszt jednostkowy**  **(cena brutto w zł)** | | **Koszt całkowity (kwota brutto w zł)** | |
| **1** | Zajęcia z edukacji rodziców/opiekunów prawnych | 1 x 45 min. | | |  | |  | |
| **2** | Konsultacja lekarska i fizjoterapeuty ( w tym badanie wtórne przesiewowe na początku i na końcu programu – test Zuchory) | 54 x 2 | | |  | |  | |
| **3** | Ćwiczenia grupowe z fizjoterapeutą dla grupy Bk 2 (maksymalnie 10 osób) | 20 zajęć x 30 minut | | |  | |  | |
| **4** | Ćwiczenia indywidualne z fizjoterapeutą dla grupy Bk 3 (maksymalnie 10 osób) | 400 zajęć x 30 minut | | |  | |  | |
| **5** | Przygotowanie i druk broszury dla populacji docelowej uczniów | 54 sztuki | | |  | |  | |
| **6** | Przygotowanie, druk i analiza wyników pre-testów i post-testów, ankiet satysfakcji | 216 sztuk | | |  | |  | |

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią Ogłoszenia Wójta Gminy Nowy Duninów o konkursie ofert, Szczegółowymi warunkami konkursu na realizację programu zdrowotnego pn. „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas V szkoły podstawowej w 2020 r.”;
2. świadczenia zdrowotne w ramach ww. programu polityki zdrowotnej będą realizowane w pomieszczeniach

……………………………………………………………………………………………...,

(nazwa podmiotu leczniczego - oferenta )

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. 2019 poz. 595 );

1. osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają wymagane przepisami prawa kwalifikacje;
2. uzyskał zgodę dyrektora przedszkola/szkoły, na terenie którego/-ej będzie w wymaganym zakresie realizowany program polityki zdrowotnej;
3. wszystkie dane zawarte w ofercie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

........…………….. ...........……………………………………

Miejscowość, data Podpis i pieczątka osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji osób