**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**z dnia 7 stycznia 2021 r.**

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

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

*Pieczątka firmowa oferenta*

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2021 roku”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **I. DANE OFERENTA** | | |  | | | | |
| 1. | Pełna nazwa oferenta  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) | | |  | | | |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym | | |  | | | |
| Numer tel: | | Adres e-mail: | |
| 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 poz/lekarz specjalista rehabilitacji  (wykaz imienny, kwalifikacje) | | | |  | | | |
| mgr fizjoterapii  (wykaz imienny, kwalifikacje) | | | |  | | | |
| technik fizjoterapii  (wykaz imienny, kwalifikacje) | | | |  | | | |
| osoba do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialna za rejestrację pacjentów, prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej, działalność edukacyjną i promocyjną  (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 zabiegów rehabilitacyjnych 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 zdrowotnej | 4 x 60 min. | | |  | |  | |
| **2** | Konsultacja lekarska | 80/usługa | | |  | |  | |
| **3** | Konsultacja mgr fizjoterapii | 160/usługa | | |  | |  | |
| **4** | Indywidualne plany rehabilitacji | 80/sztuka | | |  | |  | |
| **5** | Zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą | 800/usługa | | |  | |  | |
| **5** | Opracowanie, druk i analiza wyników ankiet satysfakcji, testów wiedzy dla uczestników programu | 240/sztuka | | |  | |  | |
| **6** | Opracowanie graficzne i wydruk ulotki promocyjno-informacyjnej | 200/sztuka | | |  | |  | |

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 polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2021 roku”,
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 z późn. zm.),

1. osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają wymagane przepisami prawa kwalifikacje,
2. przez cały okres realizacji programu zobowiązuje się do:
3. zabezpieczenia dostępu do sprzętu medycznego, niezbędnego do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
4. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
5. utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
6. zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu na potrzeby realizacji programu zdrowotnego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych),
7. wszystkie dane zawarte w ofercie są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

........……………..

Miejscowość, data

………………………………………………………………………

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentacji