

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

.....
Pieczętka firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu pn.
 „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas V szkoły podstawowej w 2019 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.	Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do Internetu oraz drukarką do przetwarzania danych	
3.	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	Planowana liczba świadczeń	Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej (PLN)
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)	82	
3	Ćwiczenia grupowe z fizjoterapeutą dla grupy Bk 2 (maksymalnie 10 osób)	30 zajęć/30 minut	
4	Ćwiczenia indywidualne z fizjoterapeutą dla grupy Bk 3 (maksymalnie 10 osób)	10 zajęć/30 minut	
5	Przygotowanie i druk broszury dla populacji docelowej uczniów	41	
6	Przygotowanie, druk i analiza wyników pre-testów i post-testów, ankiet satysfakcji	138	

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 2019 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);

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć osoby/ osób
upoważnionej/upoważnionych do
reprezentacji osób