

FORMULARZ OFERTOWY

„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Zbójno na lata 2023-2025”

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 SKUTECZNOŚĆ 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			
2022			
3.	Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań profilaktycznych, realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej, w tym również densytometrycznych		
Rok	Liczba badań profilaktycznych przeprowadzonych w ciągu roku		
2023			
2022			

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/edukacji związanej z osteoporozą (podać w latach)
Szkolenie personelu medycznego (etap I) – lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom					
Osoba odpowiedzialna za edukację (etap II) – lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych.					
Osoba odpowiedzialna za organizację i koordynację nad realizacją Programu po stronie realizatora					
Lekarska wizyta podsumowująca - lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom					
Technik elektroradiolog					
2. Wyposażenie (opisać)					
3. Przygotowanie/zapewnienie materiałów edukacyjnych i sposób ich upowszechniania (opisać)					

4.	Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej (opisać)

IV. OŚWIADCZENIA OFERENTA	
1.	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
2.	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
3.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
4.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy). , dnia Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta
5.	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
6.	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
7.	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

	<i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>	
8.	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	<i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
9.	Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.	
	, dnia	<i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
10.	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	<i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
11.	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	<i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
12.	Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.	
	, dnia	<i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>

VII. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY			
Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta		DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS		
2.	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG		
3.	Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
4.	Kopia polisy ubezpieczeniowej OC		
5.	Wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowej		
6.	Inne		

Dołączone do oferty dokumenty mogą mieć formę:

- 1) kserokopii poświadczonych 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