

*Załącznik nr 1
do OGŁOSZENIA KONKURSU OFERT
na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej
pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród
mieszkańców Gminy Sadki na lata 2023-2025”*

FORMULARZ OFERTOWY

„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Sadki 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		
	<i>Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń</i>	<i>Odbiorcy</i>	<i>Rok realizacji</i>
2.	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		
	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		
	<i>Rok</i>	<i>Liczba badań profilaktycznych przeprowadzonych w ciągu roku</i>	
	2023		
	2022		

III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA

1.	Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu				
<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>
	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.	<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>
2.	<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>
3.	<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>
4.	<p>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).</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;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></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;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>

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			
<i>Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta</i>		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 poświadczonej 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