Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY

,,**Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród osób dorosłych zamieszkałych na terenie gminy Brochów oraz gmin ościennych, na lata 2023-2025”**

**I. Dane oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |   |
| Organ dokonujący wpisu |   |
| Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej |   |
| Nr NIP oferenta |   |
| Nr REGON oferenta |   |
| Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |   |
| Adres e-mail |   |
| Numer konta bankowego |   |
| Nazwa, adres i dane kontaktowe jednostki organizacyjnej bezpośrednio wykonującej zadanie, o którym mowa w ofercie |  |
| Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |   |
| Telefon kontaktowy/e-mail do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta |   |
| Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy/e-mail do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty |   |

**II. Sposób realizacji zadania (w odniesieniu do każdego etapu Programu, ze wskazaniem wymaganych zasobów, które będą zaangażowane, w tym lokalizacji realizacji Programu)**

| **Etap Programu** | **Zasoby lokalowe i sprzętowe**  | **Zasoby kadrowe** | **Sposób realizacji zadania**  |
| --- | --- | --- | --- |
| Etap I – Szkolenia personelu medycznego |  |  |   |
| Etap II – Działania informacyjno-edukacyjne |  |  |  |
| Etap III – Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX |  |  |   |
| Etap IV – pomiar BMD za pomocą DXA |  |  |   |
| Etap V – lekarska wizyta podsumowująca |  |  |   |

Dodatkowe informacje: ……………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………

**III. Elementy oferty podlegające ocenie merytorycznej**

**1. Dostępność do świadczeń**

| **Kryterium** | **Liczba dni/ liczba godzin / TAK / NIE** |
| --- | --- |
| Świadczenie usług co najmniej 1 dzień w miesiącu [liczba dni] |   |
| Świadczenie usług przez co najmniej 2 godziny danego dnia[liczba godzin] |  |
| Świadczenie usług do godziny 18:00 lub w sobotę[TAK / NIE] |   |
| Organizacja udzielania świadczeń, która umożliwia rozpoczęcie i zakończenie udziału w Programie tego samego dnia [TAK / NIE] |  |
| Możliwość informacji i rejestracji telefonicznej, mailowej[TAK / NIE] |   |
| Dedykowana linia telefoniczna na potrzeby realizacji Programu [TAK / NIE] |   |

**2. Kalkulacja kosztów realizacji zadania**

1. Koszty całkowite:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok realizacji** | **Koszt całkowity (zł)** |
| 2024 |  |
| 2025 |  |
| SUMA |  |

2. Koszty jednostkowe:

| **Lp.** | **Kategoria kosztu** | **Jednostka miary** | **Koszt jednostkowy** **(zł brutto)** | **Liczba jednostek** | **Suma kosztów** **(zł brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty pośrednie** |
| 1. | Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia |  |  |  |  |
| 2. | Koszt działań informacyjno-edukacyjnych |  |  |  |  |
| **Koszty bezpośrednie** |
| 3. | Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego (etap I) |  |  |  |  |
| 4. | Koszt edukacji zdrowotnej – wykład stacjonarny (etap II) |  |  |  |  |
| 5. | Koszt oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III) |  |  |  |  |
| 6. | Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA (etap IV) |  |  |  |  |
| 7. | Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej (etap V) |  |  |  |  |
| SUMA |  |

**3. Sposób zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami**

 **0-10 pkt.**

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

**4. Dotychczasowe doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych objętych Programem 0-10 pkt.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. Podmioty posiadający siedzibę lub miejsce wykonywania usług (dodatkowe miejsce wykonywania działalności gospodarczej) w pobliżu siedziby Zamawiającego.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium** | **TAK/ NIE** |
| Odległość do 10 km – 25 km |  |
| Odległość do 50 km – 15 pkt |  |
| Odległość do 100 km – 10 pkt |  |
| Odległość do 200 km – 5 pkt |  |

**III. Oświadczenia:**

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*

1. 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*

1. Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej

……...., dnia …...…………………. …………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej do składania*

*oświadczeń w imieniu oferenta*

1. 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*

1. 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*

1. 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*

1. 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 …...…………………. ……………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej do składania*

*oświadczeń w imieniu oferenta*

1. 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 …...…………………. ……………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej do składania*

*oświadczeń w imieniu oferenta*

1. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

……..., dnia …...…………………. ……………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej do składania*

*oświadczeń w imieniu oferenta*

1. 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 …...…………………. ……………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej do składania*

*oświadczeń w imieniu oferenta*

1. 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 …...…………………. ……………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej do składania*

*oświadczeń w imieniu oferenta*

1. Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

……..., dnia …...…………………. ……………………………………………

*Podpis osoby upoważnionej do składania*

*oświadczeń w imieniu oferenta*

**IV. Załączniki:**

* 1. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru (z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących;
	2. Aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
	3. Pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę – w przypadku, gdy oferta nie zostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie (jeżeli dotyczy).
	4. Statut (jeśli Oferent posiada);
	5. Certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) - jeśli Oferent posiada;
	6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program;
	7. Dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane);

……………………….………………………………………………………..

(podpis osoby upoważnionej lub osób upoważnionych do składania oferty)

Data: ………………………………………