

.....
(pieczęć oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY
NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.....
(nazwa programu)

w okresie od do

I. Dane na temat oferenta:

1. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

2. Dokładny adres:

.....
(ulica, miejscowość, województwo)

Tel. FAX.

E-mail http://

3. Forma prawna:.....

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych wraz z podaniem organu prowadzącego rejestr:

.....

5. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji:

.....

6. NIP:

7. REGON

8. Nazwa banku i numer rachunku:

.....

9. Imiona i nazwiska osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację programu polityki zdrowotnej:

.....

10. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

(imię i nazwisko, stanowisko/funkcja, **bezpośredni** telefon kontaktowy, **bezpośredni** adres e-mail)

.....

11. Wynik finansowy za rok ubiegły:

.....

.....

.....

II. Data sporządzenia oferty:

.....

III. REALIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ:

1. Zakres realizacji programu polityki zdrowotnej:

(m.in. populacja możliwa do objęcia programem (wiek/rocznik), **liczba** osób, które **zostaną objęte programem przez realizatora, rodzaj i zakres udzielanych świadczeń**, zastosowana szczepionka)

--

2. Organizacja i przeprowadzenie programu polityki zdrowotnej:

(**przebieg, rodzaj i zakres działań** - z podaniem **miejsca** ich publikacji/realizacji i szacunkowej **liczby**)

1. Akcja informacyjno-promocyjna:

2. Edukacja zdrowotna:

3. Pozyskiwanie, rejestracja beneficjentów

4. Realizacja szczepień

3. Dane personelu odpowiedzialnego za realizację programu:

Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji programu	Numer Prawa Wykonywania Zawodu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

4. Miejsce realizacji programu:

(dane teleadresowe gabinetów lekarskich i punktów szczepień ochronnych oraz **godziny** ich funkcjonowania, dojazd środkami komunikacji, **odległość** do najbliższego przystanku komunikacji miejskiej, należy **uwzględnić** **miejsce ekip wyjazdowych**)

5. Harmonogram planowanych poszczególnych działań:

(z podaniem działania, miejsca, terminów rozpoczęcia i zakończenia)

6. Doświadczenie w realizacji programów.

(należy uwzględnić okres realizacji oraz wskazać, które realizowane były z administracją publiczną – z ostatnich 3 lat)

7. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji programu.

8. Liczba pacjentów będących pod opieką podmiotu na dzień składania oferty w wieku od 60 do 74 roku życia:

.....

V. Koszty:

1. Kalkulacja kosztów realizacji programu polityki zdrowotnej:

Lp.	Grupa kosztów	Rodzaj kosztów	Koszt (zł)	udział grup kosztów w realizacji całego programu polityki zdrowotnej (%)
1.	Akcja informacyjno - promocyjna	Informacja w prasie, telewizji, inne		
2.		Druk plakatów, ulotek oraz ich dystrybucja		
3.	Edukacja zdrowotna	Materiały edukacyjne		
4.		Edukacja zdrowotna (w tym		

		przeprowadzenie i analiza ankiety satysfakcji z testem jednokrotnego wyboru,		
5.	Realizacja szczepienia	Zakup szczepionek		
6.		Badania kwalifikacyjne (przeprowadzenie wywiadu/ankiety dot. historii szczepień)		
7.		Wykonanie szczepień (w tym: materiały jednorazowego użytku)		
8.	Zorganizowanie ekipy wyjazdowej	Lekarz, pielęgniarka, dojazd, amortyzacja sprzętu – lodówki, itp.		
9.	Koszty administracyjno-techniczne	Papier, toner, teczki, obsługa, itp.		
RAZEM				

2. Całkowity koszt objęcia programem polityki zdrowotnej jednej osoby wynosi:

..... zł / osobę

(z **wyłączeniem** kosztów przeznaczonych na zorganizowanie ekipy wyjazdowej oraz kosztów administracyjno-technicznych)

Załączniki :

1. **Kserokopia polisy ubezpieczenia** od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem,
2. **Oświadczenie** potwierdzające, że na dzień składania oferty spełniane są warunki określone w art. 18 i 19 ustawy o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.), w przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk zawodowych,
3. **Oświadczenie**, że osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w podmiocie leczniczym (pracujące dla podmiotu leczniczego), uczestniczące w realizacji programu polityki spełniają wymogi i posiadają kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r., poz. 790 z późn. zm.), ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r., poz. 551 z późn. zm.) oraz przepisach odrębnych,
4. **Oświadczenie** o dysponowaniu odpowiednimi wyrobami medycznymi i odpowiednimi warunkami do przeprowadzenia programu polityki zdrowotnej,
5. **Oświadczenie** stanowiące załącznik Nr 1 do formularza ofertowego na realizację programu polityki zdrowotnej,
6. **Informacja merytoryczno-finansowa** w zakresie działalności placówki.
7. **Kserokopia statutu** (jeżeli dotyczy).
8. **Oświadczenie** o dostępności stanowiące załącznik Nr 2 do formularza ofertowego na realizację programu polityki zdrowotnej,

Kopie dokumentów składanych przez oferentów muszą posiadać adnotację: „za zgodność z oryginałem” oraz pieczęć, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu.

Oświadczenie:

1. Przystępując do konkursu na realizację programu polityki zdrowotnej w Mysłowicach oświadczamy, że zapoznaliśmy się z:

- ogłoszeniem o ww. konkursie ofert z zaproszeniem do składania ofert,
- przedmiotem i szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu,
- regulaminem konkursu,

oraz nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 60 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.

3. Oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego.

.....
(podpis osoby upoważnionej oferenta)

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(miejsce i data)

**Oświadczenie o spełnieniu wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom
ze szczególnymi potrzebami**

.....
(nazwa i adres Oferenta)

Oświadczam, że w zakresie realizowania programu, przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej będę spełniał warunki służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019r. O zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tj. Dz.U z 2020r. Poz. 1062 z późn. zm.).

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)