**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący wyboru podmiotu realizującego program polityki zdrowotnej pn. **"Program profilaktyki próchnicy" do realizacji w latach 2018 - 2020**, stanowiący załącznik do uchwały Nr LVI/415/2018 Rady Miasta Świnoujście z dnia 29 marca 2018 roku z zachowaniem założeń w nich określonych.

|  |  |
| --- | --- |
| data | (pieczęć oferenta) |
| **I. DANE OFERENTA:** |
| **Nazwa oferenta** |  |
| **Adres siedziby oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| **Nr NIP oferenta** |  |
| **Nr REGON oferenta** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Fax.** |  |
| **e-mail** |  |
| **Numer konta bankowego** |  |
| **Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu, nr tel., fax, e- mail.** |  |
| **Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego, nr tel., fax, e-mail.** |  |
| **II. Dostępność do świadczeń objętych programem:** |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programu (adres, nr tel./fax.): |   |
| 2. Proponowane terminy realizacji świadczeń w  ramach programu, w tym:a) w 2018 roku b) w 2019 rokuc) w 2020 roku |  |
| 3. Należy wymienić proponowane dni tygodnia i godziny możliwości realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 1 raz w tygodniu, w tym co najmniej 1 raz do godziny 18:00) w  poszczególnych latach 2018, 2019 i 2020. |  |
| **III. Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program (opis).** |
| 1. Skrócony opis sposobu, w jaki oferent przeprowadzi akcję edukacyjną skierowaną do adresatów programu (młodzieży i rodziców/opiekunów prawnych) w poszczególnych latach 2018, 2019 i 2020. |  |
| 2. Skrócony opis sposobu przeprowadzenia ankiet wśród dzieci w celu sprawdzenia wiedzy na temat próchnicy, stosowania zasad profilaktyki próchnicy i realizacji zaleceń stomatologicznych w  poszczególnych latach 2018, 2019 i 2020. |  |
| **IV. Informacje dotyczące kosztów świadczeń w ramach programu:** |
| Rodzaj kosztów:1. Akcja informacyjno-edukacyjna w szkole dla dzieci z jednego rocznika, ich rodziców/opiekunów i nauczycieli (obejmuje: zorganizowanie, przygotowanie i przeprowadzenie).2. Badanie stomatologiczne.3. Wykonanie pantomograficznego zdjęcia RTG4. Lakowanie zęba trzonowego tzw. „siódemki” u dziecka objętego programem.5. Przeprowadzenie badań ankietowych (w tym przygotowanie i opracowanie zbiorcze wyników) testów sprawdzających wiedzę dzieci biorących udział w programie na temat zasad profilaktyki próchnicy itp. | Rodzaj miary:1. ………………………………………………
2. ………………………………………………
3. ………………………………………………
4. ………………………………………………
5. ………………………………………………
 | Koszt jednostkowy:1. ………………… zł brutto 2. ………………… zł brutto 3. ………………… zł brutto 4. ………………… zł brutto 5. ………………… zł brutto  |
|  Koszt realizacji programu(PLN/brutto) w poszczególnych latach:a) 2018 rokb) 2019 rokc) 2020 rok | 1. ………………… zł brutto

b) ………………….. zł brutto c) ……………..…… zł brutto  |
| 5. Całkowity koszt realizacji programu(PLN/brutto). | ………………….… zł brutto(słownie: …………………………… …………………………………………) |

Załączniki do oferty

* 1. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność (kopia dokumentów składana przez oferenta musi mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert),
	2. propozycję zagadnień na spotkanie informacyjno-edukacyjne dla dzieci i dla dorosłych,
	3. wzór Karty Badania Stomatologicznego,
	4. propozycję przeprowadzenia akcji edukacyjnej dot.: okresu realizacji, częstotliwości spotkań edukacyjnych oraz liczebności grup,
	5. propozycję wzoru ankiety adresowanej do dzieci, w celu sprawdzenia wiedzy na temat próchnicy, stosowanych przez nich zasad profilaktyki i realizacji zaleceń stomatologicznych.

**JEDNOCZEŚNIE OFERENT OŚWIADCZA:**

1. że zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, programem polityki zdrowotnej pn. **"Program profilaktyki próchnicy"**, stanowiącym załącznik do uchwały Nr LVI/415/2018 Rady Miasta Świnoujście z dnia 29 marca 2018 roku,
2. o realizacji świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach spełniających określone przepisami wymagania techniczne i sanitarne,
3. że osoby realizujące program polityki zdrowotnej objęty ofertą, spełniają wymogi kwalifikacyjne (potwierdzone stosownymi dokumentami),
4. o prawdziwości danych zawartych w ofercie,
5. o posiadaniu aktualnej polisy zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej**,** zgodnie ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 160 z późn. zm.);
6. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
7. zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
8. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
9. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
10. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
11. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

………………………… …………………..…………………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątka przedstawiciela/-li

oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta