Załącznik Nr 1

do Ogłoszenia Konkursu Ofert

…………………………………

(pieczęć Realizatora)

**FORMULARZ OFERTOWY**

Konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Suchy Las na lata 2023-2025 ”

1. **Dane Realizatora**
2. Nazwa Realizatora:

|  |
| --- |
|  |

1. Adres siedziby (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) – miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

1. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk

|  |
| --- |
|  |

1. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej

|  |
| --- |
|  |

1. Numer identyfikacyjny NIP

|  |
| --- |
|  |

1. Numer identyfikacyjny REGON

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu wraz z podaniem pełnionej funkcji i/lub pełnomocnictwa

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy i adres e-mail osoby upoważnionej do składania wyjaśnień do oferty:

|  |
| --- |
|  |

1. **Doświadczenie realizatora i efektywność realizacji Programu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, w ramach realizowanych programów profilaktyki zdrowotnej | | | | |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| **2.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu edukacji związanej z profilaktyką, w ramach realizowanych programów profilaktyki zdrowotnej | | | | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **3.** | Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań, w ramach realizowanych programów profilaktyki zdrowotnej przeprowadzonych w okresie ostatnich 2 lat | | | | |
| *Rok* | | *Liczba badań przeprowadzonych w ciągu roku* | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |

1. **Kompetencje i kwalifikacje Organizatora**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu** | | | | |
| **Lekarz** specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii, lub położnictwa i ginekologii albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Technik** z certyfikatem RTG lub obsługi densytometru | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Osoba odpowiedzialna za edukację** – 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 organizowanie i koordynowanie realizacji Programu po stronie realizatora** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Sprzęt, pomieszczenie i aparatura przeznaczona do realizacji Programu oraz podstawa dysponowania nimi** | | | | |
|  | | | | | |
| **3.** | **Ocena planu przygotowania materiałów edukacyjnych i sposób ich upowszechniania** | | | | |
|  | | | | | |
| **6.** | **Nagrody i certyfikaty potwierdzające jakość usług świadczonych przez oferenta w ostatnich 3 latach** | | | | |
|  | | | | | |

1. **Czas i miejsce dostępności świadczeń zdrowotnych:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Sposób organizacji Programu (rekrutacja, informowanie o realizacji programu, prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych itp.):**

|  |
| --- |
|  |

1. **Przewidywane koszty realizacji Programu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Koszt brutto** | |
| 1. |  |  |
| 2. |  |
| **Koszt całkowity brutto** | |  |

1. **Informacje dodatkowe**

|  |
| --- |
|  |

1. **Oświadczenia**

Oświadczam/y, że powyższa cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Organizator;

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Organizatora, dotyczącymi przedmiotu konkursu zamieszczonymi w Ogłoszeniu wraz z załącznikami i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam/y, że zrealizuję/emy zamówienie zgodnie z Ogłoszeniem i Projektem umowy.
4. Zobowiązujemy się dotrzymać wskazanego w Ogłoszeniu terminu realizacji zamówienia.
5. Oświadczam, że:

- wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.\*

- zapoznałem się z Ogłoszeniem („OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH”) i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przekazanych celem uzyskania niniejszego zamówienia.

\*W przypadku, gdy Organizator nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Organizator nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Oświadczam/y, 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.

Oświadczam/y, że podmiot składający ofertę dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem warunkami lokalowymi oraz zorganizuję zgodne z obowiązującym prawem udzielanie procedur wskazanych w programie.

Oświadczam/y, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.

Oświadczam/y, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.

Oświadczam/y, 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.

Oświadczam/y, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego   
z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

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

Zobowiązanie w przypadku przyznania oferty:

1.Akceptuję proponowany przez Organizatora Projekt umowy, który zobowiązuję się podpisać w miejscu i terminie wskazanym przez Organizatora.

2. Osobami uprawnionymi do merytorycznej współpracy i koordynacji w wykonywaniu zadania ze strony Realizatora są: …………………………………………………………………………………………..…………………

nr telefonu ………………….………………, e-mail: ………………………………..……………………………………..……

Załączniki wymagane do oferty:

* potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (jeżeli dotyczy),
* potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki, jeżeli dotyczy),
* potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z zakresie niezbędnym do realizacji programu wraz z potwierdzeniem opłacenia składki.

…………………………………………………………………

Podpis osoby upoważnionej