

FORMULARZ OFERTOWY

### *Załącznik nr 1 do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023”*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | | |
| **Pełna nazwa podmiotu**  **składającego ofertę** |  | |
| **Dokładny adres**  Ulica, nr  Miejscowość, kod pocztowy  Telefon i/lub fax |  | |
| **Adres e-mail** |  | |
| **Forma prawna** |  | |
| **Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta**  *(nazwisko i imię,*  *tel. kontaktowy, e-mail)* |  | |
| **Organ założycielski** **lub właściciel** |  | |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)** |  | |
| **NIP** |  | |
| **REGON** |  | |
| **Nazwa banku**  **i numer rachunku bankowego** |  | |
| **Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty**  *(nazwisko i imię,*  *tel. kontaktowy, e-mail)* |  | |
| **Deklarowany okres realizacji Programu** | **Od** | **Do** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU** | | |
| **1.** | **Zapraszanie/rekrutacja uczestników do Programu** |  |
| **2.** | **Organizacja Programu** |  |
| **3.** | **Interwencje podejmowane w ramach Programu** |  |
| **4.** | **Dostępność usług realizowanych w ramach Programu** |  |
| **5.** | **Monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU** | | | | | |
| **1.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń stomatologicznych: | | | | |
| *Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń* | | | *Odbiorcy* | | *Rok realizacji* |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| **2.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu profilaktyki i edukacji stomatologicznej: | | | | |
| *Rok* | | *Oferent prowadził działania z zakresu profilaktyki i edukacji stomatologicznej*  *Proszę wpisać „tak” lub „nie”* | | *Rodzaj i zakres prowadzonych działań* | |
| 2020 | |  | |  | |
| 2019 | |  | |  | |
| 2018 | |  | |  | |
| 2017 | |  | |  | |
| 2016 | |  | |  | |
| **3.** | Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań lekarskich stomatologicznych wraz z instruktażem higieny jamy ustnej przeprowadzonych w okresie ostatnich 2 lat | | | | |
| *Rok* | | *Liczba przeprowadzonych badań lekarskich stomatologicznych wraz z instruktażem jamy ustnej /*  *liczba udzielonych świadczeń* | | | |
| 2020 | |  | | | |
| 2019 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA** | | | | | |
| **1.** | **Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu** | | | | |
| ***Lp.*** | ***Imię i Nazwisko*** | ***Tytuł lub stopień naukowy*** | ***Specjalizacja*** | ***Numer prawa wykonywania zawodu*** | ***Doświadczenie w leczeniu/profilaktyce/edukacji stomatologicznej (tak/nie)*** |
| **Lekarz stomatolog** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Pielęgniarka lub higienistka stomatologiczna** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Pielęgniarka środowiska nauczania/higienistka/pielęgniarka szkolna** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Osoba odpowiedzialna za edukację profilaktyczną** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Osoba odpowiedzialna za realizację Programu** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Sprzęt i aparatura przeznaczona na realizację Programu** | | | | |
|  | | | | | |
| **3.** | **Przygotowanie materiałów edukacyjnych i ich upowszechnianie** | | | | |
|  | | | | | |
| **4.** | **Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej** | | | | |
|  | | | | | |
| **5.** | **Dostępność usług dla osób z niepełnosprawnościami** | | | | |
|  | | | | | |
| **6.** | **Nagrody i certyfikaty potwierdzające jakość usług świadczonych przez Oferenta** | | | | |
|  | | | | | |

|  |
| --- |
| **V. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY OFERTY** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. OŚWIADCZENIA OFERENTA** | |
|  | 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.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada lokal usytuowany na terenie miasta Poznania niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje standardy zgodne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej i wytyczne z Zaleceń w zakresie higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży w kolejnych grupach wiekowych.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | 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.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | 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.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | 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.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem finansowanym z budżetu Miasta Poznania, udzielonych uczestnikom tego Programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | 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).  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | 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 pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7 – 11 lat zamieszkałych w Poznaniu na lata 2021-2023”.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy);
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
3. Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu);
4. Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
5. Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej okręgowej rady lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);
6. Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych).

Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS**  ***osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta***  ***W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |