

FORMULARZ OFERTOWY

### *Załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej* *pn.*

### *„Profilaktyka* *i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023”*

|  |
| --- |
| **I. DANE OFERENTA** |
| **Pełna nazwa podmiotu****składającego ofertę** |  |
| **Dokładny adres**Ulica, numer,kod pocztowy, miejscowość |  |
| **Dane kontaktowe**Telefon i/lub faxAdres e-mail |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Osoba prawna upoważniona do reprezentowania oferenta**Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail |  |
| **Organ założycielski** **lub właściciel** |  |
| **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**(jeżeli dotyczy) |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nazwa banku** **i numer rachunku bankowego**(w przypadku podatników VAT numer bankowy powinien figurować w rejestrze VAT) |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty**Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail |  |

|  |
| --- |
| **II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU** |
| **1.** | **Zapraszanie/rekrutacja uczestników do Programu**  |  |
| **3.** | **Organizacja Programu** |  |
| **4.** | **Interwencje podejmowane w ramach Programu** |  |
| **5.** | **Dostępność usług realizowanych w ramach Programu** |  |
| **6.** | **Monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu** |  |

|  |
| --- |
| **III. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU** |
| **1.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywaniai leczenia osteoporozy |
| *Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń* | *Odbiorcy* | *Rok realizacji* |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **2.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu edukacji związanej z profilaktyką, wczesnym wykrywaniem i leczeniem osteoporozy |
| *Rok* | *Oferent prowadził działania z zakresu edukacji* *związanej z profilaktyką, wczesnym wykrywaniem i leczeniem osteoporozy* *Proszę wpisać „tak” lub „nie”* | *Rodzaj i zakres prowadzonych działań* |
| 2022 |  |  |
| 2021 |  |  |
| 2020 |  |  |
| 2019 |  |  |
| 2018 |  |  |
| 2017 |  |  |
| 2016 |  |  |
| **3.** | Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań densytometrycznych przeprowadzonych w okresie ostatnich 2 lat |
| *Rok* | *Liczba badań densytometrycznych przeprowadzonych w ciągu roku* |
| 2022 |  |
| 2021 |  |

|  |
| --- |
| **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/edukacjizwiązanej z osteoporozą (tak/nie)*** |
| **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 i aparatura przeznaczona do realizacji Programu**  |
|  |
| **3.** | **Przygotowanie/zapewnienie materiałów edukacyjnych i sposób ich upowszechniania** |
|  |
| **4.** | **Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej** |
|  |
| **5.** | **Dostępność usług dla osób z niepełnosprawnościami** |
|  |
| **6.** | **Nagrody i certyfikaty potwierdzające jakość usług świadczonych przez oferenta w ostatnich 3 latach** |
|  |

|  |
| --- |
| **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 położony w Poznaniu 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 zalecenia i rekomendacje polskich ekspertów (np. zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy dotyczące diagnostyki i leczenia osteoporozy). 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, finansowanych 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 i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+,zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2024-2027” 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* |

|  |
| --- |
| **VII. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY** |
| *Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta* | **DOTYCZY** | **NIE DOTYCZY** |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS |  |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG |  |  |
|  | Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu) |  |  |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |  |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej okręgowej rady lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych) |  |  |
|  | Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych) |  |  |

Dołączone do oferty dokumenty mogą mieć formę:

1. kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta,
2. pobranego z właściwej ewidencji elektronicznego wydruku podpisanego 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** |
|  |  |  |