

.....
Miejscowość, data

FORMULARZ OFERTOWY

konkurs ofert na realizatora „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Halinów na lata 2023-2025” stanowiącego załącznik nr LXVII.586.2023 Rady Miejskiej w Halinowie z dnia 31 października 2023 r. w sprawie przyjęcia „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Halinów na lata 2023-2025”.
zwanego dalej „programem”.

1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta:.....
Adres:
Forma prawna:.....
REGON:
NIP:
Imię i nazwisko osoby do kontaktu:
Nr telefonu kontaktowego:
Adres e-mail:
Adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP):.....
Nr rachunku bankowego:¹
Nazwa organu rejestrowego:
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy
z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

2. Dane partnera (jeżeli dotyczy)²

Nazwa partnera:.....
Adres:
Forma prawna:.....
REGON:
NIP:
Nazwa organu rejestrowego:
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy
z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

¹ Numer rachunku bankowego musi widnieć w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT - <https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka>. Jeśli podmiot nie ma obowiązku zgłoszenia do ww. rejestru, należy wskazać podstawę prawną. Dopuszcza się złożenie oświadczenia, że w przypadku wyboru Oferenta podany numer rachunku bankowego zostanie zgłoszony do ww. rejestru;

² W przypadku gdy oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. W takim przypadku do oferty powinna także zostać załączona umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony. W przypadku złożenia oferty w partnerstwie, świadczenia zdrowotne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

3. Kalkulacja kosztów

Nazwa elementu	liczba	Koszt jednostkowy elementu [zł]	Suma kosztów jednostkowych [zł]
Koszt funkcjonowania Rady ds. programu polityki zdrowotnej			
Koszt monitoringu i ewaluacji			
Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia			
Koszt działań informacyjnych			
Koszt działań promocyjnych, w tym przygotowania materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur (etap II)			
Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego (etap I)			
Koszt edukacji zdrowotnej – wykład stacjonarny (etap II)			
Koszt oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX (etap III)			
Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA (etap IV)			
Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej (etap V)			
SUMA			

4. Kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu (należy wpisać TAK/NIE)

Lp.	Działanie	Personel medyczny (zasoby kadrowe i kompetencje osób zapewniających realizację programu)	Czy podmiot posiada wymieniony personel medyczny? (TAK/NIE)
1.	Szkolenie personelu medycznego	co najmniej 1 lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu;	
2.	Oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX	co najmniej 1 pracownik medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania uczestników np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu personelu medycznego realizowanym w ramach programu.	

3.	Konsultacja lekarska	co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy; lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego	
4.	Badanie densytometryczne	co najmniej 1 technik radiolog z certyfikatem do obsługi densytometru	
5.	Działania informacyjno-edukacyjne dot. edukacji zdrowotnej	co najmniej 1 lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny pracownik medyczny, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.	
5.	Lekarska wizyta podsumowująca	co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy; lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego	

6. Liczba uczestników:

Maksymalna liczba uczestników, którą Oferent deklaruje objąć świadczeniami w ramach programu (należy brać pod uwagę kalkulację procentową przyjętą w programie z uwzględnieniem kosztów podanych w ofercie). W przypadku realizacji programu w różnych subregionach należy wskazać deklarowaną liczbę osób dla każdego z nich.

Nazwa subregionu:.....

Deklarowana liczba osób z:

- W ramach szkoleń personelu medycznego
 - 2024 r.: 5
 - 2025 r.: 0
- Działania informacyjno-promocyjne dla mieszkańców
 - 2024 r.: 310
 - 2025 r.: 310
- Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporozowego narzędziem FRAX
 - 2024 r.: 300
 - 2025 r.: 270
- Pomiar BMD za pomocą DXA oraz lekarska wizyta podsumowująca
 - 2024 r.: 115
 - 2025 r.: 115

Deklarowana łączna liczba uczestników wszystkich grup docelowych: 1195 (łącznie lata: 2024-2025).

7. Czas i miejsce dostępności świadczeń realizowanych w ramach programu

Zobowiązuje się udzielać świadczeń od poniedziałku do piątku w następujących godzinach³:

Poniedziałek: od godz. do godz.

Wtorek: od godz. do godz.

Środa: od godz. do godz.

Czwartek: od godz. do godz.

Piątek: od godz. do godz.

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń w soboty i/lub w niedziele w następujących godzinach:⁴

Sobota: od..... godz. do.....godz.

Niedziela: od.....godz. do.....godz.⁵

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

8. Zastosowanie rozwiązań teleinformatycznych lub innych systemów łączności w ramach przeprowadzenia edukacji zdrowotnej⁶:

Zobowiązuję się do przeprowadzenia edukacji zdrowotnej poprzez zastosowanie rozwiązań teleinformatycznych lub innych systemów łączności (należy wskazać za pomocą jakich narzędzi będzie prowadzone działanie)⁷:

.....
.....
.....
.....

9. Dostępność do świadczeń w mobilnej pracowni densytometrycznej⁸:

Zobowiązuję się / nie zobowiązuję⁹ się do wykonania świadczeń w mobilnej pracowni densytometrycznej (należy przedstawić dokumenty potwierdzające posiadanie pojazdów, które pełnią funkcję mobilnych pracowni densytometrycznych) ¹⁰.

10. Oświadczenia Oferenta:

- 1) Oświadczam, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji programu, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.
- 2) Oświadczam, że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

³ Dostępność do świadczeń w ramach programu powinna być zapewniona na terenie Gminy Halinów przez 2 dni w tygodniu, przez 5 godzin dziennie.

⁴ Zobowiązanie się do udzielania świadczeń w soboty i/lub niedziele jest dodatkowo punktowane.

⁵ W przypadku nie udzielania świadczeń w soboty i/lub niedziele, proszę wstawić „-”.

⁶ W przypadku nie stosowania rozwiązań teleinformatycznych oraz innych systemów łączności, proszę wstawić „-”.

⁷ Zobowiązanie się do zastosowania rozwiązań teleinformatycznych oraz innych systemów łączności jest dodatkowo punktowane.

⁸ W przypadku nie wykonywania świadczeń w mobilnej pracowni densytometrycznej, proszę wstawić „-”.

⁹ Należy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź.

¹⁰ Zobowiązanie się wykonywania świadczeń w mobilnej pracowni densytometrycznej jest dodatkowo punktowane.

- 3) Oświadczam, że nie byłem/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 4) Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.
- 5) Oświadczam, że Oferent posiada sprzęt i aparaturę medyczną o minimalnych wymaganiach i w ilości wskazanej w programie. Oświadczam, że sprzęt spełnia wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiada niezbędne certyfikaty.
- 6) Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych w programie.
- 7) Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
- 8) Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie.

Lista załączników:

- umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony, w przypadku złożenia oferty w partnerstwie (jeśli dotyczy) z określeniem podziału zadań lub zakresu realizacji programu przez poszczególne strony,
- projekt pre-testu i post-testu badania wiedzy kadry medycznej,
- pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę – w przypadku, gdy oferta nie zostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie.

.....

(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)