Załącznik nr 6

do Ogłoszenia konkursu ofert

………………………………………….

(pieczęć nagłówkowa podmiotu/oferenta)

**OFERTA REALIZACJI**

**PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**„Profilaktyka złamań osteoporotycznych dla mieszkańców powiatu wałeckiego na lata 2020 - 2022” w roku 2022**

**Dane podmiotu składającego ofertę:**

1. Pełna nazwa podmiotu: …………………………………………………………………………….

.....................................................................................................................................................……...

2. Dokładny adres: .......................................................................................................................……..

Tel.: ..................... faks: ....................... e-mail: ........................ http:// ..................................

3. Data i numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

...................................................................................................................................................……….

4. Data i numer wpisu do KRS lub innego właściwego rejestru, np. ewidencji działalności gospodarczej:

.....................................................................................................................................................……..

5. Numer NIP: .............…................................ numer REGON: ..............................................………

6. Nazwa banku i numer rachunku:

...............................………….....................................................………………………………………

7. Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania i składania oświadczeń woli  
w imieniu podmiotu:

................................................................................................................................................…………

8. Imię i nazwisko, nr telefonu kontaktowego, e-mail osoby upoważnionej do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

...........................................................................…………...................................……………………..

**I. Szczegółowy sposób realizacji programu – spójny z kosztorysem (prowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej, zaproszenie do programu, kwalifikacja uczestników badań, prowadzenie rejestracji itp.):**

......................................................................................................................................................….….

.

.......................................................................................................................................................…….

..........................................……………………………………………………………………………..

..............................................................................................…………………………………………..

......................................................................................................................................................……..

**II. Termin i miejsce realizacji programu (miejsce i czas wykonywania badań – dni, godziny, wydawanie wyników - sposób kierowania do ewentualnego dalszego badania, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, działania edukacyjne skierowane do osób badanych, sposób monitorowania podjętych działań, miejsce i sposób przeprowadzenia oceny jakości świadczeń itp.):**

................................................................................................................................................…………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**III. Posiadane zasoby:**

- rzeczowe:

...................................................................................................................................................……….

.....................................................................................................................................................……...

.....................................................................................................................................................……...

....................................................................................................................................................………

- lokalowe:

.....................................................................................................................................................……...

.....................................................................................................................................................……...

.....................................................................................................................................................……...

…………………………………………………………………………………………………………

- kadrowe (w tym kompetencje osób zapewniających realizację programu i zakres ich obowiązków):

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………

**IV. Całkowity koszt realizacji programu - w złotych:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Koszty merytoryczne i administracyjne związane z realizacją programu | Rodzaj miary | Ilość | Koszt jedn. | Koszt całkowity |
| 1 | Badanie FRAX |  |  |  |  |
| 2 | Porada lekarza |  |  |  |  |
| 3 | Badanie densytometryczne DXA |  |  |  |  |
| 4 | Monitorowanie i ewaluacja programu |  |  |  |  |
| 5 | warsztaty i szkolenia pracowników medycznych wraz z materiałami edukacyjnymi, ulotek i plakatów |  |  |  |  |
| 6 | działania edukacyjne w mediach lokalnych |  |  |  |  |
| 7 | koszt koordynatora programu |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Ogółem:** |  |  |  |  |

**V. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:**

…..........................................................................................................................................…………..

….............................................................................................................................................………...

…..........................................................................................................................................…………..

….........................................................................................................................................…………...

**VI. Dotychczasowe doświadczenie Oferenta w realizacji takich samych lub podobnych programów i działań, w tym we współpracy z administracją publiczną:**

......................................................................................................................................................…….

..............................................................................................................……………………………….

.......................................................................................................................................................…….

.....................................................................................................................…..............................…….

**XIII. Czy Oferent przewiduje udział w realizacji programu podwykonawców (jeżeli tak, w jakim zakresie) – w załączeniu dokument poświadczający wolę współpracy oraz określenie ewentualnej odpowiedzialności za realizowane elementy programu:**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**XV. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**XVI. Osoba do kontaktu (imię i nazwisko osoby odpowiadającej za realizację programu, stanowisko, nr telefonu, adres e-mail):**

…………………………………………………………………………………………………………

**XVII. Oświadczam, że wypełniłem/am 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 na realizację programu polityki zdrowotnej w niniejszym postępowaniu.**

……………………………………………………………………………………………………………………………...

Załączniki i ewentualne referencje:

1. .........................................................…

2...........................................................…

3. .........................................................…

4. .........................................................…

……………………………………………………………

(podpis i pieczęć osoby/osób

uprawnionych do reprezentowania podmiotu

składającego ofertę)