

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 661/2020

Burmistrza Miasta Radzionków

z dnia 27 stycznia 2020 r.

**na wybór realizatora w 2020 roku programu polityki zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 9-letnich z terenu gminy Radzionków na lata 2018-
2020”**

FORMULARZ OFERTY

na wybór realizatora w 2020 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 9-letnich z terenu gminy Radzionków na lata 2018-2020”

1) Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

2) Dokładny adres siedziby oferenta:

.....
.....

3) Dane kontaktowe oferenta:

- numer tel.
- numer fax
- adres e-mail:

4) Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....
.....

5) Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, nr telefonu)

.....

6) NIP oferenta:

7) REGON oferenta:

8) Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

9) Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej:

(zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

10) Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....
.....

11) Kalkulacja kosztów zadania

Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Koszt jednostkowy brutto (cena brutto w zł)	Koszt całkowity brutto (cena brutto w zł)
1	Badania stomatologiczne	171		

2	Zabiegi profilaktyczne (lakowanie bruzd zębów szóstych)	145		
3	Akcja informacyjno-edukacyjna (koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, opracowania oraz druku ulotek/plakatów)	tego pola oferent nie wypełnia		
	Ogółem koszty			

Łączny koszt brutto: zł

(słownie)

12) Dostępność do świadczeń zdrowotnych:

- Miejsce/a udzielania świadczeń (dokładny adres)

.....

- Terminy (dni tygodnia i godziny) udzielania świadczeń:

.....

- Sposób rejestracji pacjentów:

·Osobiście (adres, godziny)

.....

·Telefonicznie (numer, godziny)

.....

Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń

Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności, w których będzie realizowany Program:

--

13) Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował Program:

Lp.	Imię i nazwisko	Niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu	Forma współpracy z oferentem	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
1				
2				
3				
4				

14) Harmonogram realizacji Programu z podziałem na miesiące w roku kalendarzowym 2020 w okresie marzec – październik.

Lp.	Miesiąc	Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu
-----	---------	---

1	Marzec	
2	Kwiecień	
3	Maj	
4	Czerwiec	
5	Lipiec	
6	Sierpień	
7	Wrzesień	
8	Październik	

15) Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

.....

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Zarządzenia Nr661/2020 Burmistrza Miasta Radzionków z dnia 27 stycznia 2020 roku w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora w 2020r. programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci 9-letnich z terenu gminy Radzionków na lata 2018-2020” oraz powołania składu Komisji konkursowej wraz ze wszystkimi załącznikami zarządzenia, które stanowią jego integralną część.

2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis oferenta)

Do oferty należy dołączyć:

- Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- Oświadczenie oferenta o nier refundowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielonych w programie świadczeń zdrowotnych,
- Kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, o której mowa w art. 25 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej,
- Inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. informacje prasowe o działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia, rekomendacje - według uznania oferenta).

.....