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

(pieczęć oferenta)

**Formularz ofertowy**

**Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Kostomłoty na lata 2024-2026**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytanie do oferenta** | | | | | | **Odpowiedź oferenta** | | | | | | | | | |
| 1. **Dane o oferencie** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | **Oznaczenie podmiotu leczniczego\***  \* na podstawie wpisu w księdze rejestrowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Firma, nazwa albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.2 | Adres siedziby podmiotu leczniczego wraz z kodem pocztowym, a w przypadku osoby fizycznej – adres do korespondencji | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.3 | Numer Księgi Rejestrowej | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.4 | Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innym rejestrze | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.5 | Numer NIP | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.6 | Numer Regon | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.7 | Osoba/y uprawnione do reprezentowania podmiotu (imię i nazwisko, nr tel.) | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.8 | Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię, nazwisko, nr tel.) | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **2.** | **Oznaczenie zakładu leczniczego** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | Nazwa zakładu leczniczego | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 2.2. | Adres zakładu leczniczego | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 2.3. | Dane kontaktowe zakładu leczniczego (telefon, adres, e-mail) | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 2.4 | Osoba odpowiedzialna za realizację programu polityki zdrowotnej – koordynator (imię i nazwisko, nr tel.) | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. **Dane o podwykonawcy**   (w pola, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | **Oznaczenie podmiotu leczniczego\***  \* na podstawie wpisu w księdze rejestrowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Firma, nazwa albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.2 | Adres siedziby podmiotu leczniczego wraz z kodem pocztowym, a w przypadku osoby fizycznej – adres do korespondencji | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.3 | Numer Księgi Rejestrowej | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.4 | Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innym rejestrze | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.5 | Numer NIP | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.6 | Numer Regon | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.7 | Osoba/y uprawnione do reprezentowania podmiotu (imię i nazwisko, nr tel.) | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.8 | Zakres świadczeń realizowanych przez podwykonawcę w ramach programu polityki zdrowotnej | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1.9 | Miejsce realizacji świadczeń wykonywanych przez podwykonawcę w ramach programu polityki zdrowotnej | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **III. Informacje o sprzęcie i aparaturze medycznej oraz warunkach lokalowych wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy oferent zapewnia sprzęt i warunki lokalowe: TAK/NIE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Wyposażenie gabinetu lekarskiego zgodne z obowiązującymi przepisami w tym zakresie | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 2. | Pracownia densytometryczna spełniająca ogólne warunki dla pracowni radiologicznych | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 3. | Densytometr oceniający BMD w obrębie szyjki kości udowej metodą DXA, spełniający normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadający niezbędne certyfikaty | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 4. | Komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej, drukarka | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 5. | Sala dydaktyczna przystosowana do wielkości grupy oraz rodzaju zajęć, wyposażona w niezbędny sprzęt szkoleniowy umożliwiający sprawne przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego i działań informacyjno-edukacyjnych lub w przypadku szkoleń za pomocą rozwiązań teleinformatycznych: sprzęt i oprogramowanie niezbędne do przeprowadzenia szkoleń w formie e-learningu; materiały audiowizualne, telekonferencji | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 6. | Spełnienie wymagań określonych przepisami prawa, w szczególności dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy; szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, oraz warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 7. | Zgodność wyposażenia i warunków sanitarnych pomieszczeń, w których realizowane będą świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej z przepisami obowiązującymi w tym zakresie | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **IV. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj świadczeń | | | Imię i nazwisko | | | | | Tytuł lub stopień naukowy | | | | Specjalizacja | | | Doświadczenie w leczeniu/ profilaktyce związanej z osteoporozą | |
| 1. | Szkolenie personelu medycznego: co najmniej 1 lekarz 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 osoba posiadająca 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. | Lekarska wizyta podsumowująca: co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy; lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach programu polityki zdrowotnej przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
| 4. | Wykonanie badania densytometrycznego: co najmniej 1 technik radiolog / elektroradiologii / elektroradiolog | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
| 5. | Działania informacyjno-edukacyjne: co najmniej 1 lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach programu polityki zdrowotnej | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |
| **V. Cena jednostkowa brutto za wykonanie poszczególnych świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa świadczenia | Cena jednostkowa brutto | | Rok 2024 | | | | | Rok 2025 | | | | Rok 2026 | | | Razem |
| Planowana liczba świadczeń | | Kwota | | | Planowana liczba świadczeń | | Kwota | | Planowana liczba świadczeń | Kwota | |  |
| 1. | Szkolenie personelu medycznego |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 2. | Kwalifikacja uczestnictwa w programie |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 3. | Działania informacyjno - edukacyjne dla świdczeniobiorców |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 4. | Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 5. | Pomiar BDM za pomocą DXA wraz z opisem |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 6. | Lekarska wizyta podsumowująca |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 7. | Ewaluacja i monitorowanie |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 8. | Administracja, kadry i księgowość |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 9. | Działania promocyjno informacyjne |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 10. | Personel zaangażowany w realizację programu |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| 11. | Całkowity koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w latach 2024-2026 | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **VI. Miejsce i sposób realizacji programu polityki zdrowotnej** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Miejsce realizacji poszczególnych świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej (dokładny adres, nr tel.):  a) Szkolenie personelu medycznego  b) Działania informacyjno-edukacyjne  c) Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX  d) Pomiar BDM za pomocą DXA  e) Lekarska wizyta podsumowująca | | | | a)  b)  c)  d)  e) | | | | | | | | | | | |
| 2. | Sposób zgłaszania się do programu polityki zdrowotnej i rejestracji pacjentów – należy wskazać dni tygodnia i godziny w jakich odbywa się rejestracja pacjentów:  a) osobiście  b) telefonicznie wraz ze wskazaniem numeru telefonu | | | | a)  b) numer rejestracji telefonicznej:  …………………………………. | | | | | | | | | | | |
| 3. | Dostępność do świadczeń w ramach programu polityki  zdrowotnej – należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu, osobno:  a) Działania informacyjno-edukacyjne  b) Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX  c) Pomiar BDM za pomocą DXA  d) Lekarska wizyta podsumowująca | | | | a)  b)  c)  d) | | | | | | | | | | | |
| 4. | Łączna liczba badań BDM za pomocą DXA jaką oferent wykonywał rocznie na przestrzeni ostatnich trzech lat | | | | 2023r. –  2022r. –  2021r. – | | | | | | | | | | | |
| 5. | Czy oferent uczestniczył w realizacji programów profilaktyki osteoporozy na przestrzeni ostatnich trzech lat ?  Kto finansował badania?  Jaką populację objęto badaniami ? | | | | 2023r. –  2022r. –  2021r. – | | | | | | | | | | | |

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. zapoznał się z treścią Ogłoszenia Wójta Gminy Kostomłoty o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Kostomłoty na lata 2024-2026 oraz treścią „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Kostomłoty” na lata 2024-2026, stanowiącego załącznik do Uchwały Nr LXVII/498/23 Rady Gminy Kostomłoty z dnia 23.11.2023r. i akceptuje zasady realizacji programu polityki zdrowotnej określone przez Zamawiającego w warunkach konkursowych;
2. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty;
3. przedmiot programu polityki zdrowotnej mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów;
4. zakres świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej jest zgodny z zakresem określonym w pkt IV ust. 5 Ogłoszenia o konkursie ofert;
5. osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego;
6. przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:
7. zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
8. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
9. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
10. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej,
11. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia warunków lokalowych, sprzętu i aparatury medycznej, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

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

miejscowość, data podpis i pieczątka

przedstawiciela/-li oferenta

upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

**Załączniki wymagane do oferty:**

1. polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
2. dokumenty potwierdzające umocowanie osób reprezentujących oferenta, jeżeli nie wynika to z KRS;
3. oryginał/kopię pełnomocnictwa/upoważnienia dla osób reprezentujących oferenta (jeśli dotyczy);
4. w przypadku podwykonawstwa - umowę (lub promesę umowy) zawartej pomiędzy oferentem i podwykonawcą wskazanym w ofercie, określającą w szczególności rodzaj i zakres realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej;
5. zaakceptowany przez wykonawcę wzór umowy wg załącznika nr 4 do Zarządzenia nr 790/24 Wójta Gminy Kostomłoty z dnia 01.02.2024 r.;
6. zaakceptowany przez wykonawcę wzór sprawozdania wg załącznika D do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców gminy Kostomłoty” na lata 2024-2026.