Załącznik nr 2

**Formularz ofertowy**

**do konkursu na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka nadwagi i otyłości wśród dzieci szkolnych w Gminie Nidzica na lata 2018-2020”**

1. Dane oferenta (pełna nazwa, adres, telefon, e-mail, NIP, REGON)

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

1. Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania (telefon kontaktowy)

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

1. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

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

1. Nazwa banku i nr konta bankowego

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

1. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nr i data wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu

dokonującego wpisu)

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

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

1. Szczegółowe określenie miejsca realizacji programu oraz dni i godzin, w których świadczenia będą realizowane

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

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

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

7. Określenie sposobu rejestracji pacjentów

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

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

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

8. Określenie sposobu realizacji działań ujętych w programie, w tym działań edukacyjnych i promocyjnych (cykliczne, coroczne działania informacyjno-promocyjne)

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

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

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

9. Zasoby kadrowe przewidziane do zaangażowania przy realizacji przedmiotu programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Zakres działań w ramach realizacji przedmiotu zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

10. Warunki lokalowe i sprzętowe niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych (opis warunków):

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

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

10. Przewidywana liczba osób objętych programem w poszczególnych latach: 2018r.:………. 2019r..:………. 2020r.:……….

11. Kalkulacja jednostkowych kosztów realizacji programu w zł brutto:

1) porady dietetyczne, w tym:

a) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

b) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

c) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

d) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

2) działania edukacyjne, w tym :

a) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

b) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

c) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

d) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

3) promocja programu, w tym:

a) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

b) ………………………………………………………- ………………………………………… zł ( brutto)

12. Całkowity koszt (brutto) realizacji programu w poszczególnych latach:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rok realizacji | Rodzaj kosztu (w zł brutto) | | | Razem\* |
| Porady dietetyczne | Działania edukacyjne | Promocja programu |
| 1. | 2018 |  |  |  |  |
| 2. | 2019 |  |  |  |  |
| 3. | 2020 |  |  |  |  |
| Razem: | |  |  |  |  |

\*W podziale kosztów na lata realizacji należy uwzględnić wysokość zaplanowanych środków finansowych na realizację przedmiotu konkursu

13. Harmonogram realizacji przedmiotu programu w poszczególnych latach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa działania | Planowany termin realizacji |
| Rok 2018 | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Rok 2019 | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Rok 2020 | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

14. Okres realizacji programu: od dnia zawarcia umowy do 30.11.2020 r.

Nidzica, dnia ………………… ……………………………………..

/podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania oferenta/

Do oferty należy dołączyć:

1. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,

2. wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny oraz kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego (w przypadku podmiotu leczniczego),

3. statut podmiotu leczniczego – nie dotyczy przedsiębiorców, zgodnie z art. 23 i 24 w związku z art. 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.),

4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji programu – w przypadku podmiotu leczniczego,

5. oświadczenie Oferenta zawierające informację, że świadczenia konkursowe nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ani inne podmioty,

6. oświadczenie Oferenta potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych konkursem,

7. oświadczenie Oferenta potwierdzające sytuację finansową gwarantującą realizację zadania,

8. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,

9. oświadczenie Oferenta o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,

10. oświadczenie Oferenta, że jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.