Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr WO/105/24

Burmistrza Miasta Świdwin

z dnia 29 maja 2024 r.

  **OFERTA**

 **NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**pn. ,,Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026’’ w 2024 roku.**

1. **Dane oferenta.**

1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:

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

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

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

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

 (ulica, nr domu, miejscowość, kod pocztowy, telefon, e-mail)

3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:

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

4. Organ założycielski lub właściciel: ………………………………………………………………..........................

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

5. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru sądowego:

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

6. NIP/REGON:…………………………………………………………………………………………………………………………

7. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: ………………………………………………….....................

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

8. Imiona i nazwiska osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta i do podpisywania umowy na realizację Programu:

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

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

9. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i korekt dot. oferty (imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu kontaktowego, e-mail):

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

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

1. **Posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe zapewniające realizację programu:**

1. Personel medyczny i pomocniczy zatrudniony przy realizacji programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Rola w realizacji programu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

2. Miejsce realizowania interwencji zawartych w programie oraz warunki lokalowe (krótki opis)

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

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

1. **Harmonogram planowanych działań z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Działanie** | **Planowany** **termin rozpoczęcia** | **Planowany** **termin zakończenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Dostępność do świadczeń zdrowotnych**

(wymienić wszystkie lokalizacje na terenie Gminy Miejskiej Świdwin w których będzie się odbywać realizacja świadczeń):

1. Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres):

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

1. Dostępność (dni tygodnia, godziny dostępu do świadczeń):

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

1. Sposób rejestracji:

- osobiście (adres, dni tygodnia, godziny)

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

- telefonicznie (numer, dni tygodnia, godziny)

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

1. **Kalkulacja kosztów realizacji programu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Działanie** | **Szacowana liczba osób jaką oferent planuje objąć poszczególnym działaniem** | **Cena jednostkowa****(zł brutto)** |
| **1. Działania edukacyjne** |
| Wykład dla rodziców – (1 spotkanie) |  |  |
| Warsztat dla dziecka (koszt udziału 1 dziecka w cyklu 3 warsztatów) |  |  |
| **2. Badania przesiewowe** |  |  |
| **3. Interwencja multikomponentowa** |
| Pierwsza konsultacja dietetyczna |  |  |
| Kolejne konsultacje dietetyczne |  |  |
| Pierwsza konsultacja psychologiczna/psychodietetyczna |  |  |
| Kolejne konsultacje psychologiczne/psychodietetyczne |  |  |
| Pierwsza konsultacja z zakresu aktywności ruchowej |  |  |
| Kolejne konsultacje z zakresu aktywności ruchowej |  |  |
| Akcja informacyjno - edukacyjna |  |  |
| Monitoring i ewaluacja |  |  |

**Koszt całkowity realizacji zadania (zł brutto): …………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

(słownie: złotych brutto)

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kalkulacji kosztów realizacji zadania:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………**……**

1. **Dodatkowe informacje o realizacji programu mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty (w tym informacja o sposobie dystrybucji i rozpowszechniania informacji w Programie w trakcie akcji informacyjnej):**

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

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

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

 Miejscowość, data czytelne podpisy i pieczątki osób uprawnionych

 do reprezentowania oferenta

**Wymagane załączniki do oferty:**

Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:

a) oświadczenie oferenta na formularzu zgodnym z załącznikiem nr 4 do zarządzenia Nr WO/105/2024 Burmistrza Miasta Świdwin z dnia 29 maja 2024 r., opatrzone pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą składającego ofertę,

b) kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważną w okresie wykonywania umowy, a w przypadku gdy termin ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wygasa w trakcie wykonywania umowy również zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej przedłużenia;

c) właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu - aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących;

d) klauzula informacyjna i oświadczenie.

Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą (oferenta) i sygnowanie jego podpisem oraz pieczęcią.