

**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.**

**I. 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):

.....  
.....

**II. 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)

.....  
.....

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

Działanie	Planowany termin rozpoczęcia	Planowany termin zakończenia

**IV. 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):

.....

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

.....

3. Sposób rejestracji:

- osobiście (adres, dni tygodnia, godziny)

.....

- telefonicznie (numer, dni tygodnia, godziny)

.....

V. Kalkulacja kosztów realizacji programu:

Działanie	Szacowana liczba osób jaką oferent planuje objąć poszczególnym działaniem	Cena jednostkowa (zł brutto)
<b>1. Działania edukacyjne</b>		
Wykład dla rodziców – (1 spotkanie)		
Warsztat dla dziecka (koszt udziału 1 dziecka w cyklu 3 warsztatów)		
<b>2. Badania przesiewowe</b>		
<b>3. Interwencja multikomponentowa</b>		
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:

.....

**VI. 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 pieczętki 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 sygnowane jego podpisem oraz pieczęcią.