# Załącznik nr 3

do uchwały nr 6577/VI/23

Zarządu Województwa Dolnośląskiego

z dnia 28 lutego 2023 r.

# FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego” na lata 2023-2025**

stanowiącego załącznik do uchwały nr 6447/VI/23 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 24 stycznia 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego” na lata 2023-2025, zwanego dalej „programem”.

## Dane Oferenta

Nazwa Oferenta:

Adres:

Forma prawna:

REGON:

NIP:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Nr telefonu kontaktowego:

Adres e-mail:

Adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP):.............................................................................................

Nr rachunku bankowego:[[1]](#footnote-1)

Nazwa organu rejestrowego:

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej

## Dane partnera (jeżeli dotyczy)[[2]](#footnote-2)

Nazwa partnera:

Adres:

Forma prawna:

REGON:

NIP:

Nazwa organu rejestrowego:

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej:

## Kalkulacja kosztów realizacji projektu w latach 2023-2025

## Koszty jednostkowe poszczególnych elementów przewidzianych w programie nie mogą być wyższe niż koszty wskazane w programie. Realizator gwarantuje objęcie programem łącznie 5 300 osób.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KOSZTY BEZPOŚEDNIE | | | | | | | | |
| **Działanie** | **Koszt jednostkowy działania** | **2023** | | **2024** | | **2025** | | **Koszt w latach 2023-2025 (zł)** |
| **Liczba uczestników** | **Koszt(zł)** | **Liczba uczestników** | **Koszt (zł)** | **Liczba uczestników** | **Koszt (zł)** |
| Kwalifikacja uczestnika do programu |  | 1667 |  | 1667 |  | 1666 |  |  |
| Oszacowanie ryzyka złamań metodą FRAX |  | 1667 |  | 1667 |  | 1666 |  |  |
| Przeprowadzenie edukacji dla uczestnika programu z pre-testem i post-testem |  | 1667 |  | 1667 |  | 1666 |  |  |
| **Suma kosztów uczestników I grupy** |  | 1667 |  | 1667 |  | 1666 |  |  |
| Badanie densytometryczne (DXA) |  | 667 |  | 667 |  | 666 |  |  |
| Konsultacja lekarska |  | 667 |  | 667 |  | 666 |  |  |
| **Suma kosztów uczestników II grupy** |  | 667 |  | 667 |  | 666 |  |  |
| **Przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego - III grupa** |  | 100 |  | 100 |  | 100 |  |  |
| Łącznie liczba uczestników |  | 1767 |  | 1767 |  | 1766 |  |  |
| **Suma kosztów bezpośrednich** | | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| KOSZTY POŚREDNIE | | | | |
| **Działanie** | **Koszt działania** | | | **Suma kosztów 2023-2025** |
| **2023 r.** | **2024 r.** | **2025 r.** |
| Monitoring i ewaluacja |  |  |  |  |
| Koszty obsługi kadrowej, finansowej, administracyjnej |  |  |  |  |
| Koszty działań informacyjno – promocyjnych |  |  |  |  |
| **Koszt całkowity** (suma kosztów pośrednich nie może przekraczać 11,48% wszystkich kosztów projektu) |  |  |  |  |

Całkowity koszt projektu w latach 2023-2025 (suma kosztów pośrednich i bezpośrednich) …………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………….

## Kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu (należy wpisać TAK/NIE)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Działanie | Personel medyczny (zasoby kadrowe i kompetencje osób zapewniających realizację programu) | Czy podmiot posiada wymieniony personel medyczny? (TAK/NIE) |
| 1. | Szkolenie personelu medycznego | co najmniej 1 lekarz (optymalnie ze specjalizacjąw dziedzinie reumatologii) 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; | Do uzupełnienia |
| 2. | Oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX | co najmniej 1 pracownik medyczny posiadający 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. | Do uzupełnienia |
| 3. | Konsultacja lekarska | co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy; lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego |  |
| 4. | Badanie densytometryczne | co najmniej 1 technik radiolog z certyfikatem do obsługi densytometru |  |
| 5. | Działania informacyjno-edukacyjne dot. edukacji zdrowotnej | co najmniej 1 lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny pracownik medyczny, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ. |  |

## Harmonogram świadczeń realizowanych w ramach programu

Oferent zobowiązuje się udzielać świadczeń w następujących dniach i godzinach[[3]](#footnote-3):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń | Godzina zakończenia udzielania świadczeń |
| Poniedziałek |  |  |
| Wtorek |  |  |
| Środa |  |  |
| Czwartek |  |  |
| Piątek |  |  |
| Sobota |  |  |
| Niedziela |  |  |

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych................................................................................................

1. **Opis kwalifikacji zawodowych lekarza szkolącego personel medyczny:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Opis organizacji kampanii informacyjnej**, **w tym planowanych form przekazu** (media społecznościowe, stworzenie i prowadzenie strony internetowej programu, projekt, wydruk, kolportaż ulotek, plakatów – z podaniem ich ilości): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. **Opis doświadczenia w realizacji programów polityki zdrowotnej w latach 2019-2022:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. **Zapewnienie dostępności do świadczeń dla mieszkańców województwa dolnośląskiego:[[4]](#footnote-4)**

Minimalny udział procentowy uczestników, który Oferent deklaruje objąć świadczeniami w ramach programu w odniesieniu do miejsca zamieszkania uczestnika:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Deklarowany minimalny udział procentowy uczestników – mieszkańców poszczególnych subregionów:** | | | |
|  | **2023 r.** | **2024 r.** | **2025 r.** |
| Subregion legnicko - głogowski |  |  |  |
| Subregion sudecki |  |  |  |
| Obszar Wrocławia |  |  |  |

## Oświadczenia Oferenta:

* 1. Oświadczam, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji programu, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.
  2. Oświadczam, że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
  3. Oświadczam, że nie byłam/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych   
     z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłam/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
  4. Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne   
     z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.
  5. Oświadczam, że Oferent posiada sprzęt i aparaturę medyczną o minimalnych wymaganiach   
     i w ilości wskazanej w programie.Oświadczam, że sprzęt spełnia wszystkie normy zgodne   
     z obowiązującym prawem oraz posiada niezbędne certyfikaty.
  6. Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych w programie.
  7. Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
  8. Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie.

## Lista załączników:

* + - umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony, w przypadku złożenia oferty w partnerstwie (jeśli dotyczy) z określeniem podziału zadań lub zakresu realizacji programu przez poszczególne strony,
    - pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę –

w przypadku, gdy oferta nie zostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie.

………………………………………

(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)

1. Numer rachunku bankowego musi widnieć w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT - https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka. Jeśli podmiot nie ma obowiązku zgłoszenia do ww. rejestru, należy wskazać podstawę prawną. Dopuszcza się złożenie oświadczenia, że w przypadku wyboru Oferenta podany numer rachunku bankowego zostanie zgłoszony do ww. rejestru; [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. W takim przypadku do oferty powinna także zostać załączona umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony. W przypadku złożenia oferty w partnerstwie, świadczenia zdrowotne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą. [↑](#footnote-ref-2)
3. Dostępność do świadczeń w ramach programu powinna być zapewniona na terenie województwa dolnośląskiego przez 3 dni w tygodniu, przez 5 godzin dziennie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Oferent wypełnia tylko w przypadku deklaracji zapewnienia dostępności do świadczeń w określonym wymiarze. [↑](#footnote-ref-4)