………………………………………………….

 (pieczęć oferenta)

**Formularz ofertowy na wybór realizatora**

**Programu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 10 lat (urodzonych w 2014 roku) roku zamieszkujących**

 **na terenie Gminy Miejskiej Tczew.**

|  |  |
| --- | --- |
| data | (pieczęć oferenta) |
| **Lp.** | **Pytanie do oferenta** | **Odpowiedź oferenta** |
| **I. Dane o oferencie.** |
| **1.** | **Oznaczenie realizatora.**  |
| 1.1 | Nazwa podmiotu.  |  |
| 1.2 | Adres podmiotu z kodem pocztowym. |  |
| 1.3 | Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innym rejestrze. |  |
| 1.4 | Numer NIP. |  |
| 1.5 | Numer Regon. |  |
| 1.6 | Kierownik podmiotu.(imię i nazwisko, nr tel., e-mail). |  |
| 1.7 | Dane kontaktowe podmiotu (telefon, adres e-mail). |  |
| 1.8 | Osoba odpowiedzialna za realizację programu - koordynator (imię i nazwisko, nr telefonu). |  |
| 1.9 | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu polityki zdrowotnej (imię i nazwisko, nr telefonu). |  |
| 1.10 | Nr konta bankowego oferenta ( nazwa banku, w przypadku oferty wspólnej podać Pełnomocnika). |  |
| **II. Miejsce udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.** |
| Lp. | Nazwa i adres placówki. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **III. Termin realizacji zadania.** |
|  |
| **IV. Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.** |
| 1. | Zgodność wyposażenia gabinetu okulistycznego do wykonania testu przesiewowego zgodnie z Programem(należy odpowiednie pole zaznaczyć)  | żliwość wykonania: badania ostrości wzroku do dali i bliży; badania widzenia barw;  badania ustawienia gałek ocznych;  testu naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych; badania refrakcji obiektywnej metodą autorefraktometru lub skiaskopii. |
| 2. | Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych. | taknie |
| **V. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.** |
| 1. | Liczba lekarzy okulistów (wykaz imienny tych osób) |  |
| 2. | Personel pomocniczy:a) b) c) (wykaz stanowiskowy i imienny tych osób) |  |
| 3. | Personel do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialny za rejestrację pacjentów, prowadzenie bazy danych.(wykaz imienny tych osób) |  |
| **VI. Opis sposobu realizacji zadania (opis sposobu realizacji poszczególnych zadań programu w tym działań informacyjno – promocyjnych, rekrutacyjnych, prowadzonej edukacji zdrowotnej, prowadzonego testu przesiewowego oraz konsultacji okulistycznej, a także działań związanych prowadzeniem dokumentacji niezbędnej do zrealizowania wszystkich zadań w ramach programu.** |
|  |
| **VII. Kalkulacja kosztów na rok 2024 przy planowanej liczbie 579 dzieci.**  |
| 1. | Opracowanie merytoryczne, zaprojektowanie graficzne oraz druk plakatów, ulotek i materiałów informacyjno – edukacyjnych oraz ich rozpowszechnienie. | ……………… , …………..  **brutto****słownie:**…………………………………………………….……………………………………………………………. |
| 2. | Cena jednostkowa za przeprowadzenie edukacji zdrowotnej dziecka /opiekuna prawnego.  | ……………… , …………..  **brutto****słownie:**…………………………………………………….…………………………………………………………….. |
| Cena ogółem za przeprowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci/opiekunów prawych (10 latków urodzonych w 2014 roku). | ……………… , …………..  **brutto****słownie:**…………………………………………………….…………………………………………………………….. |
| 3. | Cena jednostkowa za przygotowanie testu wiedzy przed i po edukacji oraz jego przeprowadzenie u uczestnika Programu i jego rodzica, opiekuna prawnego.  | ……………… , …………..  **brutto****słownie:**…………………………………………………….…………………………………………………………….. |
| Cena ogółem za przygotowanie testu wiedzy przed i po edukacji oraz jego przeprowadzenie u uczestnika Programu i jego rodzica, opiekuna prawnego.  | ……………… , …………..  **brutto****słownie:**…………………………………………………….…………………………………………………………….. |
| 4. | Cena za przeprowadzenie testu przesiewowego oraz konsultacja okulistyczna dziecka w wieku 10 lat, urodzonych w 2014 roku. | ……………… , …………..  **brutto****słownie:**…………………………………………………….…………………………………………………………….. |
| Cena ogółem za przeprowadzenie testu przesiewowego oraz konsultacja okulistyczna dziecka w wieku 10 lat, urodzonych w 2014 roku. | ……………… , …………..  **brutto****słownie:**…………………………………………………….…………………………………………………………… |
| 5.  | Koszt monitorowania i ewaluacji.  | ……………… , ………….. **brutto****słownie:**…………………………………………………….…………………………………………………………… |
| **VIII. Inne informacje dotyczące realizacji programu polityki zdrowotnej.** |
| 1. | Dostępność do świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej – należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu. |  |
| 2. | Maksymalna liczba świadczeń, jaką oprócz działalności bieżącej, oferent może wykonać w ramach programu polityki zdrowotnej.(należy podać ilość) |  |

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia Prezydenta Miasta Tczewa o konkursie ofert na wybór realizatora*„*Programu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 10 lat (urodzonych w 2014 roku) zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Tczew”dostępnego na stronie [www.bip.tczew.pl](https://www.bip.tczew.pl/).w Zakładce Prawo Lokalne /Zarządzenia i akceptuje zasady realizacji programu polityki zdrowotnej określone przez Zamawiającego w warunkach konkursowych.

2. Świadczenia w ramach programu udzielane będą w wyznaczonych dniach i godzinach na terenie Gminy Miejskiej Tczew.

3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

4. Przedmiot programu polityki zdrowotnej mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów.

5. Wszystkie otrzymane od Zamawiającego dokumenty i informacje przyjmuje bez zastrzeżeń i oferuję gotowość zrealizowania przedmiotu konkursu, zgodnie z wymogami określonymi w ogłoszeniu.

6. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.

7. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:

a) zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach;

b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;

c) 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;

d) utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia;

e) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

………………………… ………………………………………….

 Miejscowość, data Podpis i pieczątka przedstawiciela/-li oferenta

 upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta