

.....
(pieczęć oferenta)

Formularz ofertowy na wybór realizatora

**„Programu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 10 lat
zamieszkujących na terenie Gminy Miejskiej Tczew na 2023-2025” na rok 2025.**

data		(pieczęć oferenta)
Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta
I. Dane o ofercie.		
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 odpowiednio pole zaznaczyć)	Możliwość 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 2025 przy planowanej liczbie 557 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 2015 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	 , brutto

	u uczestnika Programu i jego rodzica, opiekuna prawnego.	słownie:
4.	Cena za przeprowadzenie testu przesiewowego oraz konsultacja okulistyczna dziecka w wieku 10 lat, urodzonego w 2015 roku.	 , brutto słownie:
	Cena ogółem za przeprowadzenie testu przesiewowego oraz konsultacja okulistyczna dzieci w wieku 10 lat, urodzonych w 2015 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 zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Tczew na 2023-2025” dostępnego na stronie 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 oferuje 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 pieczęć przedstawiciela/-li oferenta
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta