Załącznik Nr 2

do Uchwały Nr 6619 /2023

Zarządu Województwa Wielkopolskiego

z dnia 18 maja 2023 r.

…………………………………

(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

Konkursu ofert na wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”

1. **Dane Oferenta**
2. Nazwa Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

1. Adres siedziby (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) – miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

1. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk

|  |
| --- |
|  |

1. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej

|  |
| --- |
|  |

1. Numer identyfikacyjny NIP

|  |
| --- |
|  |

1. Numer identyfikacyjny REGON

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu wraz z podaniem pełnionej funkcji i/lub pełnomocnictwa

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy i adres e-mail osoby upoważnionej do składania wyjaśnień do oferty:

|  |
| --- |
|  |

1. **Sposób realizacji Programu**
2. Liczba i kwalifikacje personelu medycznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Liczba osób | Zawód/specjalizacja | Sposób zaangażowania przy realizacji Programu | Dodatkowe informacje |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Czas i miejsce dostępności świadczeń zdrowotnych:

|  |
| --- |
|  |

1. Warunki lokalowe i sprzętowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymaganie | Liczba | Uwagi |
| 1. | Pomieszczenie, w którym będzie można przeprowadzić wywiad lekarski, badanie fizykalne, pomiar wzrostu  i masy ciała pacjenta |  |  |
| 2. | Komputer z kalkulatorem FRAX™ |  |  |
| 3. | Pracownia densytometryczna – dostęp do densytometru DXA do badania kręgosłupa i kości udowej |  |  |

1. Sposób organizacji Programu (rekrutacja, informowanie o realizacji programu, prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych itp.):

|  |
| --- |
|  |

1. **Przewidywane koszty realizacji Programu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Działanie | Koszt jednostkowy  (kwota brutto w zł) | Liczba działań | Koszt administracyjny  (kwota brutto w zł) | Koszt całkowity  (kwota brutto w zł) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| **SUMA** | |  |  |  |  |

1. **Informacje dodatkowe**

|  |
| --- |
|  |

1. **Oświadczenia**

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia oraz załącznikami do ww. ogłoszenia.

Oświadczam, że termin związania z powyższą ofertą wynosi 60 dni.

Oświadczam, że dysponuję personelem medycznym w liczbie i o minimalnych kwalifikacjach wskazanych w programie oraz tabeli w pkt II.1 niniejszego formularza ofertowego.

Oświadczam, że dysponuję zgodnymi z obowiązującym prawem warunkami lokalowymi oraz zorganizuję zgodne z obowiązującym prawem udzielanie procedur wskazanych w programie.

Oświadczam, że dysponuję sprzętem i aparaturą medyczną o minimalnych wymaganiach   
i ilości wskazanej w programie oraz w tabeli w pkt. II.3 niniejszego formularza ofertowego.

Oświadczam, że nie byłem(am) karany(a) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz nie orzeczono wobec mnie zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi

Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego   
z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.