

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ
ul. Podróżnicza 26/28
53-208 Wrocław

Tel. 71/335-29-69
Fax. 71/335-29-68

FORMULARZ OFERTOWY

I. Informacje o Oferencie

1. Pełna nazwa składającego ofertę:

.....

2. Dokładny adres:

.....

miescowość , kod pocztowy

.....

ulica i numer lokalu

.....

telefon

.....

e-mail

3. Nr wpisu do właściwego rejestru:

4. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta:

.....

5. NIP:

6. Regon:

7. Nazwa banku Oferenta:

Nr konta:

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu. W załączeniu przekazuję uwierzytelnione kopie dokumentów (wpisu do właściwego rejestru, NIP, Regon oraz polisę ubezpieczenia OC)

data:

podpis osoby uprawnionej

.....

II. Opis zadania*

1/ Tytuł zadania: Prowadzenie edukacji ukierunkowanej na profilaktykę powikłań cukrzycy – zespół stopy cukrzycowej.

2/ Koordynator zadania

Imię i nazwisko

Stanowisko

Telefon

3/ Uzasadnienie realizacji zadania

4/ Doświadczenie w realizacji zadań o podobnym charakterze

5/ Dotychczasowe doświadczenie w realizacji programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób ze szczególnym ukierunkowaniem na osoby chore na cukrzycę i z zaburzeniami metabolicznymi. (rodzaj, zakres zadań, czas realizacji).

Zakreślić właściwe:

• Oferent posiada doświadczenie w realizacji działań, których dotyczy oferta mniej niż 3 lata przy założeniu, że w ciągu roku realizował nie mniej niż 200 usług edukacji pielęgniarstwa
TAK / NIE

• Oferent posiada doświadczenie w realizacji działań, których dotyczy oferta 3 lata lub więcej przy założeniu, że w ciągu roku realizował nie mniej niż 200 usług edukacji pielęgniarstwa
TAK / NIE

• Oferent posiada mniejsze niż wymienione powyżej doświadczenie lub nie posiada doświadczenia w realizacji działań, których dotyczy oferta
TAK / NIE

6/ Czas i miejsce realizacji zadania (opisać bazę lokalową, gdzie będzie realizowane zadanie)

.....

7/. Oferent zapewnienia o równym traktowaniu wszystkich uczestników, w tym dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami:

- w zakresie dostępności architektonicznej (proszę opisać czy Podmiot Leczniczy, w którym będzie realizowana edukacja zdrowotna posiada dostosowanie architektoniczne przestrzeni dla osób ze szczególnymi potrzebami w tym np.: podjazdy i windy, dostosowane toalety)

.....

- w zakresie dostępności cyfrowej (proszę opisać czy Podmiot Leczniczy, w którym będzie realizowana edukacja zdrowotna posiada stronę internetową zgodną z wytycznymi dotyczącymi dostępności treści internetowych w wersji WCAG 2.1 i czy będzie na w/w stronie udostępniana informacja o prowadzonej edukacji zdrowotnej w Punkcie Edukacji Cukrzycowej bądź czy dana informacja udostępniana będzie tylko za pomocą strony internetowej Zamawiającego)

.....

- w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej (proszę opisać w jaki sposób i za pośrednictwem jakich narzędzi możliwa będzie edukacja osób niesłyszących lub słabosłyszących, osób niewidzących lub niedowidzących)

.....

8/ Zadania do realizacji

.....

9/ Formy, metody realizacji zadań.....

10/ Adresaci zadania:

Przewidywana liczba odbiorców zadania

Kategorie wiekowe

Charakterystyka populacji

11/ Sposób naboru uczestników do zadania.....

12/ DOSTĘPNOŚĆ – TERMINY REALIZACJI WG HARMONOGRAMU UDZIELANIA USŁUG

1. EDUKACJA PROWADZONA PRZEZ PIELEGNIARKE:

DZIEŃ TYGODNIA	GODZINY
PONIEDZIALEK	
WTOREK	
ŚRODA	
CZWARTEK	
PIĄTEK	

2. EDUKACJA PROWADZONA PRZEZ KOSMETOLOGA I PODOLOGA

DZIEŃ TYGODNIA	GODZINY
PONIEDZIALEK	
WTOREK	
ŚRODA	
CZWARTEK	
PIĄTEK	

3. PORADY ORAZ KONSULTACJE DOTYCZĄCE DOBORU OBUWIA ZDROWOTNEGO

ORAZ WKŁADEK KORYGUJĄCYCH

DZIEŃ TYGODNIA	GODZINY
PONIEDZIAŁEK	
WTOREK	
ŚRODA	
CZWARTEK	
PIĄTEK	

13/ Ocena skuteczności zadania

Wskaźniki monitorowania zadania

Spodziewane efekty realizacji zadania

14/ Imienny wykaz realizatorów zadania

Lp.	Imię i nazwisko	Realizowane zadanie	Kwalifikacje zawodowe	Numer prawa wykonywania zawodu	Inne dokumenty uprawniające do realizacji świadczeń

15/ Kosztorys zadania:

Lp.	Zadanie do realizacji	Koszt jednostkowy usługi (brutto)	Szacunkowa liczba usług	Koszt ogólny (brutto)	Oczekiwana kwota dofinansowania	Inne źródła finansowania (również wkład własny)	Uwagi
	RAZEM						

Koszt zadania ogółem

16/ Wnioskowana kwota dofinansowania

** preferowane komputerowe wypełnianie formularza, istnieje możliwość zmiany wielkości miejsca przeznaczonego na poszczególne opisy oraz dodawanie wierszy w tabelkach.*

Załączniki: Załącznik nr 1

Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego.

Dane oferenta lub pieczęć firmowa

.....
.....
.....

Oświadczenie

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu oraz akceptuję zapisy projektu umowy stanowiącej załącznik Nr 1 do warunków szczegółowych.
2. Personel wykonujący świadczenia objęte zadaniem posiada właściwie udokumentowane uprawnienia i kwalifikacje.
3. Posiadam aktualną polisę ubezpieczeniową OC
4. Posiadam aktualną zgodę właściwego organu na użytkowanie sprzętu medycznego i bazy lokalowej, niezbędnej do wykonywania zadań objętych konkursem.
5. Zadanie będzie realizowane zgodnie z wymaganiami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu.
6. Dane zawarte w Formularzu Ofertowym są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oferent samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą)
8. Posiadam zawartą umowę z NFZ na 2022r na świadczenia zdrowotne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie:
 - diabetologii,
 - leczenia chorób naczyń,
 - ortopedii i rehabilitacji narządu ruchu,
 - dermatologii i wenerologii,w celu zapewnienia dalszej opieki specjalistycznej.

data:

podpis osoby uprawnionej

.....