

## OFERTA KONKURSOWA

### Realizacja programu polityki zdrowotnej, obejmującego profilaktykę stomatologiczną wśród dzieci i młodzieży z terenu Ciechocinka

Podstawa prawna: art. 48b ust 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz.1510 ze zm.)

Składający  
ofertę:

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej \*
2. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej\*
3. Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej\*
4. Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej\*

(\* właściwe zaznaczyć)

Adresat: Burmistrz Ciechocinka

#### I Dane oferenta

|  |  |
|--|--|
| Pełna nazwa oferenta   |  |
| Adres siedziby oferenta / adres do korespondencji                  |  |
| Status prawny podmiotu   |  |
| NIP  |  |
| REGON  |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |  |
| Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu<br>tel. kontaktowy   |  |

|   |   |
|---|---|
| Osoby upoważnione do podpisywania zobowiązań finansowych<br>tel. kontaktowy                                     |   |
| Koordinator programu (osoba odpowiedzialna za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia)<br>tel. kontaktowy |   |
| Polisa OC   | Okres obowiązywania od.....do.....<br>Suma gwarancyjna..... |
| Nazwa banku, numer rachunku bankowego   |   |
|   |   |

## II Informacja o zasobach kadrowych / Kwalifikacje personelu medycznego

Podmiotu realizującego program polityki zdrowotnej w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert:

| Lp. | Imię i nazwisko | Rodzaj posiadanych kwalifikacji zawodowych, specjalizacja, odbyte kursy | Nr statystyczny uprawnień, nr prawa wykonywania zawodu |
|-----|-----------------|---|--|
| 1   | 2               | 3   | 4  |
|     |                 |   |  |
|     |                 |   |  |
|     |                 |   |  |

## III Informacja o zasobach rzeczowych

|   |  |
|---|--|
| Miejsce realizacji programu - warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, środki transportu i łączności. |  |
|---|--|

## IV Termin i miejsce realizacji zadania oraz szczegółowy sposób realizacji

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Termin i miejsce realizacji zadania   |  |
| Szczegółowy sposób realizacji zadania |  |

## V Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania

|  |
|--|
|  |
|--|

## VI Wysokość wnioskowanych środków

|  |
|--|
|  |
|--|

## VII Informacja o podobnych działaniach, jeżeli były realizowane

|  |
|--|
|  |
|--|

## VIII Kalkulacja kosztów zamówienia (należy wypełnić wszystkie rubryki)

Proponowany koszt realizacji programu (w pełnych złotych) wraz z kalkulacją elementów należności.

| Nazwa i adres placówki, w której realizowany będzie program (w przypadku realizacji programu w gabinecie stomatologicznym na terenie szkoły dodatkowo zgoda dyrektora placówki) *   |                |  |   |
|---|----------------|--|---|
| Elementy należności   | Cena w złotych | Maksymalna ilość świadczeń, które oferent może wykonać | Iloczyn ceny i maksymalnej ilości świadczeń |
| 1 godz. wykładu edukacyjnego, w tym przeprowadzenie ankiety wśród dzieci / młodzieży i rodziców/opiekunów   |                |  |   |
| kontrolne badanie stomatologiczne w tym:<br>oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy puw/PUW, wskaźnika SIC oraz zakwalifikowanie badanego do jednej z trzech grup ryzyka, ocena poziomu higieny jamy ustnej, stanu przyzębia i zgryzu, profilaktyka fluorkowa, |                |  |   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania - 1 osoba |  |  |  |
| prowadzenie dokumentacji  |  |  |  |
| promocja programu (plakaty, ulotki)   |  |  |  |
|   |  |  |  |
| inne:   |  |  |  |
| Suma  |  |  |  |

.....  
Data

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej