

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 2019 r. poz. 1373 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 tel. kontaktowy	

Osoby upoważnione do podpisywania zobowiązań finansowych tel. kontaktowy	
Koordinator programu (osoba odpowiedzialna za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia) tel. kontaktowy	
Polisa OC	Okres obowiązywania od.....do..... 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: 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