Załącznik Nr 3

do Zarządzenie 25/VII /2015

Burmistrza Miasta Milanówka

z dnia 19 lutego 2015 roku

**FORMULARZ OFERTOWY**

do konkursu ofert na wybór realizatorów programów zdrowotnych w roku 2015 w ramach *Programu Ochrony i Promocji Zdrowia Mieszkańców Gminy Milanówek na lata 2014 – 2015*

**Część A:**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Dane o oferencie:** | |
| 1. Nazwa oferenta |  |
| 1. Adres |  |
| 3. Telefon, fax, e-mail |  |
| 4. NIP |  |
| 5. REGON |  |
| 6. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ZUS |  |
| 7. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków |  |
| 8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (tel. kontaktowy) |  |
| **II. Krótki opis sposobu realizacji programu** | |
| (miejsce, personel, sprzęt medyczny warunki lokalowe, itp.) |  |
| **III. Inne informacje:** | |
| Czy oferent uczestniczył w realizacji programów profilaktycznych w zakresie objętym przedmiotem konkursu w okresie trzech ostatnich lat ? Jeżeli tak to proszę podać  w jakich. |  |

………………………………… …………………………………

*miejscowość, data, pieczęć, podpis oferenta*

**Część B:**

**(wybrać opcjonalnie w zależności od programu prozdrowotnego)**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFILAKTYCZNE BADANIA WZROKU DZIECI ZAMELDOWANYCH W MILANÓWKU** | |
| 1. Nazwa oferenta |  |
| 2. Adresaci programu: | Dzieci w wieku 5-9 lat oraz starsze (za wskazaniem Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Grodzisku Mazowieckim i dyrektora placówki oświatowej do której uczęszczają, posiadające zaświadczenie o potrzebie badania w kierunku zaburzeń wzrokowych) zameldowane na terenie Gminy Milanówek; |
| 3. Miejsce realizacji zadania |  |
| 4. Przewidywany termin realizacji zadania (ostateczny termin upływa 20 grudnia 2015r.)  Proszę opisać dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji) |  |
| 5. Liczba osób realizujących program ogółem |  |
| 6. Przewidywana liczba dzieci objęta programem |  |
| 7. Przewidywany średni koszt badań jednego dziecka |  |
| 8. Całkowity koszt wszystkich badań. |  |
| 9. Opis działań promocyjnych, służących nagłośnieniu akcji (ewentualny koszt) |  |
| 10. Całkowity koszt realizacji programu |  |

Uwagi:

Zaktualizowany harmonogram realizacji powierzonego zadania (terminy, lokalizacje), realizator ma obowiązek przedłożyć przed rozpoczęciem realizacji.

………………………………… …………………………………

*miejscowość, data, pieczęć, podpis oferenta*

**Część B:**

**(wybrać opcjonalnie w zależności od programu prozdrowotnego)**

|  |  |
| --- | --- |
| **WCZESNE WYKRYWANIE I PROFILAKTYKA CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA**  **U OSÓB W WIEKU 30-60 LAT ZAMELDOWANYCH W MILANÓWKU** | |
| 1. Nazwa oferenta |  |
| 2. Adresaci programu: | Osoby w wieku 30-60 lat zameldowane na terenie Milanówka, z wyłączeniem osób będących w 35, 40,45, 50 oraz 55 roku życia (tych, którym NFZ finansuje taki program) oraz osób, u których wcześniej zdiagnozowano chorobę układu krążenia. |
| 3. Miejsce realizacji zadania |  |
| 4. Przewidywany termin realizacji zadania (ostateczny termin upływa 20 grudnia 2015r.)  Proszę opisać dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji) |  |
| 5. Liczba osób realizujących program ogółem oraz ich kwalifikacje |  |
| 6. Szacunkowa liczba pacjentów objętych programem |  |
| 7. Całkowity koszty badania  1 pacjenta. |  |
| 8. Opis działań promocyjnych, służących nagłośnieniu akcji (ewentualny koszt) |  |
| 9. Całkowity koszt realizacji programu (6x7)+8 |  |

Uwagi:

Zaktualizowany i szczegółowy harmonogram realizacji powierzonego zadania (dokładne terminy – dzień tygodnia, godzina oraz miejsce realizacji zadania), realizator ma obowiązek przedłożyć przed rozpoczęciem realizacji, a w przypadku, gdy realizatorem jest organizacja pozarządowa dodatkowo również kserokopie umowy lub porozumienia zawartego pomiędzy podmiotem leczniczym (bezpośrednim wykonawcą badań) a tą organizacją.

W celu należytej realizacji programu preferowana będzie oferta zakładająca:

* zwiększenie dostępności do badań tj. dla beneficjentów programu realizator zobowiązany jest do wyznaczenia odrębnych dni i godzin przyjęć,
* sprawną organizację skutkującą terminowym dostępem do w/w specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

………………………………… …………………………………

*miejscowość, data, pieczęć, podpis oferenta*

**Część B:**

**(wybrać opcjonalnie w zależności od programu prozdrowotnego)**

|  |  |
| --- | --- |
| **SZCZEPIENIA OCHRONNE PRZECIW GRYPIE DLA OSÓB W WIEKU 65 LAT  I STARSZYCH ZAMELDOWANYCH W MILANÓWKU** | |
| 1. Nazwa oferenta |  |
| 2. Adresaci programu: | Osoby w wieku 65 lat i starsze zameldowane na terenie Gminy Milanówek posiadające zaświadczenie od lekarza pierwszego kontaktu o braku przeciwskazań na wykonanie szczepienia. |
| 3. Miejsce realizacji zadania |  |
| 4. Przewidywany termin realizacji zadania (ostateczny termin upływa 20 grudnia 2015r.)  Proszę opisać dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji) |  |
| 5. Liczba osób realizujących program ogółem oraz ich kwalifikacje |  |
| 6. Przewidywana liczba osób objętych szczepieniem |  |
| 7. Rodzaj i nazwa szczepionki wykorzystanej w realizacji programu |  |
| 8. Stawka za zaszczepienie |  |
| 9. Opis działań promocyjnych, służących nagłośnieniu akcji (ewentualny koszt) |  |
| 10. Całkowity koszt realizacji programu (5x8)+9 |  |

Uwagi:

Organizator zastrzega sobie prawo wglądu do dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób realizujących program.

Zaktualizowany harmonogram realizacji powierzonego zadania (terminy, lokalizacje), realizator ma obowiązek przedłożyć przed rozpoczęciem realizacji.

………………………………… …………………………………

*miejscowość, data, pieczęć, podpis oferenta*

**Część B:**

**(wybrać opcjonalnie w zależności od programu prozdrowotnego)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZDĄŻYĆ PRZED RAKIEM, CZYLI OD SAMOBADANIA PIERSI DO MAMMOGRAFII** | |
| 1. Nazwa oferenta |  |
| 2. Adresaci programu: | kobiety zameldowane w Milanówku w wieku 45-49 lat *(finansowanie ze środków Gminy Milanówek)*; kobiety  w wieku 50-69 lat *(finansowanie w ramach NFZ)* |
| 3. Miejsce realizacji zadania |  |
| 4. Przewidywane terminy realizacji zadania (ostateczny termin upływa 20 grudnia 2015r.)  Proszę opisać dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji) |  |
| 5. Liczba osób realizujących program ogółem  oraz ich kwalifikacje |  |
| 6. Przewidywana liczba kobiet w wieku 45-49 lat objętych badaniem |  |
| 7. Stawka za badanie |  |
| 8. Opis działań promocyjnych, służących nagłośnieniu akcji (ewentualny koszt) |  |
| 9. Całkowity koszt realizacji programu |  |

Uwagi:

**Realizator programu zobowiązany jest do zorganizowania cyklicznych akcji, w ramach których odbędą się badania, a tym samym całkowita realizacja powierzonego zadania!**

Organizator zastrzega sobie prawo wglądu do dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób realizujących program.

Zaktualizowany harmonogram realizacji powierzonego zadania (dokładne terminy – dzień tygodnia, godzina oraz miejsce realizacji zadania), realizator ma obowiązek przedłożyć do Gminy Milanówek przed rozpoczęciem realizacji.

………………………………… …………………………………

*miejscowość, data, pieczęć, podpis oferenta*