Załącznik nr 2 do otwartego konkursu ofert z dnia 30 grudnia 2021 r. na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych” - konkurs nr 1 z własnym sprzętem stomatologicznym Oferenta

OFERTA

REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

(tytuł/nazwa)

# Dane oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwa oferenta, adres siedziby, adres do korespondencji, strona www, adres e-mail, numer telefonu | |
|  | |
| 2. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze, ewidencji właściwym ze względu na realizację programu objętego konkursem(objaśnienie: należy podać numer wpisu i nazwę właściwego rejestru lub ewidencji, np. sądowego, wojewody, Ministra Zdrowia, właściwych izb lub inny dokument zezwalający na prowadzenie działalności oraz datę wpisu) |  |
| **3. Numer NIP i Regon** |  |
| **4. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej)** |  |
| **5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który przekazywane będą środki finansowe** |  |

1. **Informacje szczegółowe o realizacji programu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **Miejsce realizacji programu** | | | | | | |
| * 1. **Adres szkoły, w której znajduje się gabinet dentystyczny** | |  | | | | |
| * 1. **Nazwa, adres, telefon kontaktowy do gabinetu oferenta lub wskazanego przez oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą posiadającego kontrakt z NFZ**   (z podaniem odległości\* od gabinetu dentystycznego w szkole do gabinetu, w którym oferent lub wskazany podmiot będzie udzielał świadczeń gwarantowanych finansowanych z NFZ)  \*odległości liczone według Google MAPS | |  | | | | |
| * 1. **Termin realizacji programu** | | Data rozpoczęcia | |  | Data zakończenia |  |
| * 1. **Zaplanowana liczba uczniów objęta programem (uczniowie ze szkoły, w której jest gabinet dentystyczny oraz z innych szkół)** | |  | | | | |
| * 1. **Szczegółowy opis zadań i sposób realizacji programu** (opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem). | | | | | | |
|  | | | | | | |
| * 1. **Harmonogram na lata** (należy wymienić i opisać w porządku logicznym wszystkie planowane w ofercie zadania oraz określić ich uczestników) | | | | | | |
| **L.p.** | **Nazwa i opis zadań realizowanego programu** | | **Planowany termin realizacji poszczególnych zadań** | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
| * 1. **Monitorowanie i ewaluacja programu** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| * 1. **Oczekiwane rezultaty** | | | | | | |
|  | | | | | | |

1. **Charakterystyka oferenta**

|  |
| --- |
| * 1. **Doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych i/lub polityki zdrowotnej** (ze wskazaniem, które realizowane były we współpracy z administracją publiczną) |
|  |
| * 1. **Zasoby kadrowe i rzeczowe oferenta, które będą wykorzystane do realizacji programu** |
|  |

##### Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji programu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zestawienie kosztów realizacji programu w roku 2022** | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Rodzaj kosztów** (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności wynagrodzeń, zakupu usług, zakupu rzeczy, itp.) | **Rodzaj miary** (np., spotkanie, badanie zadanie) | **Koszt jednostkowy** (PLN) | | | **Liczba jednostek** | | **Razem  z wnioskowanej dotacji** (PLN) |
| **I** | **Koszty realizacji zadań** | | | | | | | |
| I.1 | Grupowe zajęcia edukacyjne dla uczniów |  | |  | |  | |  |
| I.2 | Grupowe zajęcia edukacyjne dla rodziców |  | |  | |  | |  |
| I.3 | Indywidualne zajęcia z zakresu profilaktyki i higieny jamy ustnej |  | |  | |  | |  |
| I.4 | Badanie stomatologiczne z określeniem stanu jamy ustnej oraz potrzeb edukacyjnych, profilaktycznych i leczniczych |  | |  | |  | |  |
| I.5 | Zabiegi profilaktyczne:   1. lakowanie zębów stałych - cena, 2. kontrola zalakowanych zębów- cena, 3. stabilizacja próchnicy zębów mlecznych - cena, 4. leczenie próchnicy „punktowej” - cena, 5. wymiana laku tymczasowego na lak ostateczny - cena, 6. lakierowanie zębów - cena | zadanie | |  | | 1 | |  |
| I.6 | Koszty związane m.in. z serwisem, przeglądem, naprawą, zakupem drobnego sprzętu stomatologicznego |  | |  | |  | |  |
| I.7 | Koszty związane z zapewnieniem dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami |  | |  | |  | |  |
| I.8 |  |  | |  | |  | |  |
| I.9 |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |
| **Suma kosztów realizacji zadań** | | | | | | | |  |
| **II** | **Koszty administracyjne** | | | | | | | |
| II.1 |  |  | | |  | |  |  |
| II.2 |  |  | | |  | |  |  |
| II.3 |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
| **Suma kosztów administracyjnych** | | | | | | | |  |
| **Suma wszystkich kosztów realizacji programu** | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zestawienie kosztów realizacji programu w roku 2023** | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Rodzaj kosztów** (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności wynagrodzeń, zakupu usług, zakupu rzeczy, itp.) | **Rodzaj miary** (np., spotkanie, badanie zadanie) | **Koszt jednostkowy** (PLN) | | | **Liczba jednostek** | | **Razem  z wnioskowanej dotacji** (PLN) |
| **I** | **Koszty realizacji zadań** | | | | | | | |
| I.1 | Grupowe zajęcia edukacyjne dla uczniów |  | |  | |  | |  |
| I.2 | Grupowe zajęcia edukacyjne dla rodziców |  | |  | |  | |  |
| I.3 | Indywidualne zajęcia z zakresu profilaktyki i higieny jamy ustnej |  | |  | |  | |  |
| I.4 | Badanie stomatologiczne z określeniem stanu jamy ustnej oraz potrzeb edukacyjnych, profilaktycznych i leczniczych |  | |  | |  | |  |
| I.5 | Zabiegi profilaktyczne:   1. lakowanie zębów stałych - cena, 2. kontrola zalakowanych zębów- cena, 3. stabilizacja próchnicy zębów mlecznych - cena, 4. leczenie próchnicy „punktowej” - cena, 5. wymiana laku tymczasowego na lak ostateczny - cena, 6. lakierowanie zębów - cena | zadanie | |  | | 1 | |  |
| I.6 | Koszty związane m.in. z serwisem, przeglądem, naprawą, zakupem drobnego sprzętu stomatologicznego |  | |  | |  | |  |
| I.7 | Koszty związane z zapewnieniem dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami |  | |  | |  | |  |
| I.8 |  |  | |  | |  | |  |
| I.9 |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |
| **Suma kosztów realizacji zadań** | | | | | | | |  |
| **II** | **Koszty administracyjne** | | | | | | | |
| II.1 |  |  | | |  | |  |  |
| II.2 |  |  | | |  | |  |  |
| II.3 |  |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  | |  |  |
| **Suma kosztów administracyjnych** | | | | | | | |  |
| **Suma wszystkich kosztów realizacji programu** | | | | | | | |  |

##### Inne informacje, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty, w tym odnoszące się do kalkulacji przewidywanych kosztów.

##### Oświadczenia

Oświadczam (-my), że:

1) dane zawarte w części I niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym\* / właściwą ewidencją\*;

2) wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;

3) w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

\*niepotrzebne skreślić

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń

woli w imieniu oferenta)

#### Data rok