Załącznik nr 2 do otwartego konkursu ofert z dnia 28 grudnia 2023 r. na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”

OFERTA

REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”**

 (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** |  |
| **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** |  |

# 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**
 | 05.02.2024 r. – 31.12.2024 r. |
| * 1. **Zaplanowana liczba uczniów objętych Programem (uczniowie ze szkoły, w której jest gabinet dentystyczny oraz z innych szkół)**
 |  |
| * 1. **Opis działań i sposób realizacji Programu** (opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem).
 |
|  |
| * 1. **Harmonogram działań na rok 2024** (należy wymienić planowane w ofercie działania oraz określić termin realizacji)
 |
| **L.p.** | **Nazwa działania realizowanego Programu** | **Planowany termin realizacji poszczególnych działań** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Realizacja Programu:** | ………… **dni** w tygodniuSzczegółowe informacje o dniach tygodnia i godzinach realizacji Programu, zgodnie z kalendarzem roku szkolnego zostaną opublikowane na stronie internetowej szkoły w której realizowany jest Program.Po rozpoczęciu realizacji Programu informacja o dniach i godzinach przyjęć zostanie przesłana drogą elektroniczną do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych oraz w każdym przypadku zmiany terminu przyjęć. |
| * 1. **Narzędzia monitorowania i ewaluacji – zgodnie z Programem**
 |
|  |
| * 1. **Oczekiwane efekty – zgodnie z Programem**
 |
|  |

# Charakterystyka oferenta

|  |
| --- |
| * 1. **Doświadczenie w udzielaniu świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży i/lub realizacji programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej** (należy wskazać daty/okresy realizacji)
 |
|  |
| * 1. **Zasoby kadrowe i rzeczowe oferenta, które będą wykorzystane do realizacji Programu**
 |
|  |

# Kosztorys

|  |
| --- |
| **Zestawienie działań realizacji Programu w roku 2024** |
| **L.p.** | **Rodzaj działania** (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 wnioskowanych środków finansowych** (PLN) |
| **I** | **Część merytoryczna**  |
| I.1 | Grupowe zajęcia edukacyjne dla uczniów | spotkanie |  |  |  |
| I.2 | Grupowe zajęcia edukacyjne dla rodziców | spotkanie |  |  |  |
| I.3 | Indywidualne zajęcia z zakresu profilaktyki i higieny jamy ustnej | wizyta |  |  |  |
| I.4 | Badanie stomatologiczne z określeniem stanu jamy ustnej oraz potrzeb edukacyjnych, profilaktycznych i leczniczych | badanie |  |  |  |
| I.5 | Zabiegi profilaktyczne: | zadanie |  | 1 |  |
| 1 | lakowanie zębów stałych  | ząb |  |  |  |
| 2 | kontrola zalakowanych zębów | ząb |  |  |  |
| 3 | stabilizacja próchnicy zębów mlecznych | ząb |  |  |  |
| 4 | leczenie próchnicy „punktowej” | ząb |  |  |  |
| 5 | wymiana laku tymczasowego na lak ostateczny | ząb |  |  |  |
| 6 | lakierowanie zębów | łuk |  |  |  |
| I.6 | Koszty związane m.in. z serwisem, przeglądem, naprawą sprzętu, zakupem materiałów stomatologicznych, drobnego sprzętu stomatologicznego, związane z zapewnieniem dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami  | zadanie |  | 1 |  |
| I.7 |  |  |  |  |  |
| I.8 |  |  |  |  |  |
| I.9 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Suma części I** |  |
| **II** | **Część administracyjna** |
| II.1 |  |  |  |  |  |
| II.2 |  |  |  |  |  |
| II.3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Suma części II** |  |
| **Suma części I i II** |  |

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

# 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