**Załącznik nr 2** do otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: Program poprawy jakości życia chorych na cukrzycę oraz ich rodzin i opiekunów pn. „ZdążyćPrzedStopąCukrzycową”.

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**Program poprawy jakości życia chorych na cukrzycę oraz ich rodzin i opiekunów pn. „ZdążyćPrzedStopąCukrzycową”**

(tytuł/nazwa programu)

Termin realizacji

od roku do roku

#### Informacje o Oferencie

* 1. Pełna nazwa Oferenta:
  2. Adres siedziby Oferenta:

Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................

Gmina.................................... powiat............................................województwo....................................

Telefon/Fax:.................................... e-mail...........................................

http://.............................................................................

* 1. Adres do korespondencji:

Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................

Gmina..................................... powiat............................................województwo...................................

Telefon/Fax:.............................e-mail.................................................

* 1. Organ założycielski podmiotu leczniczego (Oferenta):
  2. Nr identyfikacyjny NIP:
  3. Nr identyfikacyjny Regon:
  4. Data i nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego dokumentu rejestrowego:
  5. Nazwiska i imiona osób uprawnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta:
  6. Nazwisko i imię, telefon kontaktowy oraz e-mail do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku:
  7. Nazwa banku i nr konta bankowego:

###### Informacje o programie polityki zdrowotnej pn. Program poprawy jakości życia chorych na cukrzycę oraz ich rodzin i opiekunów pn. „ZdążyćPrzedStopąCukrzycową”.

* 1. Imię i nazwisko koordynatora programu oraz nr telefonu i adres e-mail do kontaktu:
  2. Miejsce realizacji Programu:
  3. Doświadczenie Oferenta w realizacji programów zdrowotnych w zakresie profilaktyki powikłań cukrzycy ze szczególnym uwzględnieniem zespołu stopy cukrzycowej:
  4. Przewidywana liczba osób uczestniczących w programie:
  5. Charakterystyka pacjentów objętych programem:
  6. Sposób naboru i kwalifikowania do programu:
  7. Szczegółowy opis zadań i ich realizacji (Opis musi być spójny z *harmonogramem i kosztorysem, ponadto opis powinien zawierać liczbowe określenie skali zadań planowanych przy realizacji programu, np. liczbę świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczbę odbiorców ).*
  8. Harmonogram *(Opis powinien być zgodny z kosztorysem, należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych zadań*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Program realizowany w okresie od ............... do ...................** | | |
| Poszczególne zadania w zakresie realizowanego programu | Termin realizacji poszczególnych zadań | Wykonujący zadania |
|  |  |  |

* 1. Monitorowanie i ewaluacja programu. (Sposób monitorowania oraz opis *narzędzi ewaluacyjnych):*
  2. Oczekiwane rezultaty:

1. Koszty programu:
   1. Kosztorys programu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (w przypadku większej liczby kosztów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy; ) | | | | | |
| Lp. | Rodzaj kosztów (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności zakupu usług, zakupu rzeczy, wynagrodzeń) | Liczba jednostek | Koszt jednostkowy (w zł) | Rodzaj miary1) | Koszt całkowity wnioskowanych środków (w zł) |
| 1. | Koszty merytoryczne Programu2) | | | | |
| 1.1 |  |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |  |
| 1.3 … |  |  |  |  |  |
| Koszty merytoryczne Programu, razem | | | | |  |
| 2. | Koszty obsługi Programu, w tym koszty administracyjne3) | | | | |
| 2.1 |  |  |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |  |  |
| 2.3 … |  |  |  |  |  |
| Koszty obsługi Programu, razem | | | | |  |
| Koszty realizacji Programu ogółem (suma kosztów merytorycznych i obsługi Programu) | | | | |  |

1)Jednostką miary może być np.: godzina, porada, sztuka itp. 2)Należy wpisać koszty bezpośrednio związane z realizacją Programu. 3) Należy wpisać koszty obsługi Programu, które są związane z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, nadzorczym i kontrolnym, w tym z obsługą finansową i prawną Programu

1. Informacje, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty, w tym odnoszące się do kosztorysu
2. Inne wybrane informacje dotyczące Programu:
   1. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji zadania publicznego (opis potencjału kadrowego zaangażowanego przy realizacji zadania wraz z kompetencjami i doświadczeniem w wykonywaniu zadania oraz zakresem obowiązków):
   2. Zasoby rzeczowe Oferenta(Objaśnienie: wpisać np. lokal, sprzęt, materiały przewidywane do wykorzystania przy realizacji zadania. Wkład rzeczowy własny należy opisać, ale nie należy go uwzględniać w kosztorysie.):
   3. Informacja o zapewnieniu równego traktowania wszystkich uczestników, w tym dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami:
      1. w zakresie dostępności architektonicznej:
      2. w zakresie dostępności cyfrowej:
      3. w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta****)***

Data ……………..............……………. rok

***Adnotacje urzędowe (Objaśnienia: Wypełnia organ administracji publicznej.)***