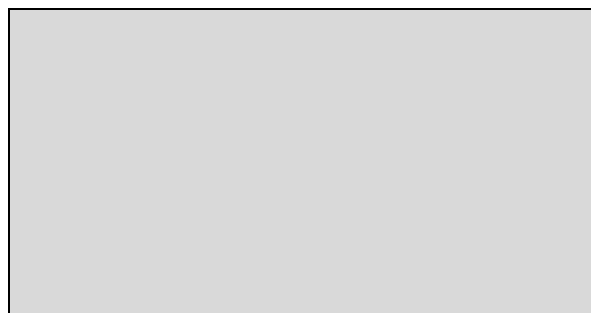


**Załącznik nr 2** do otwartego konkursu ofert z dnia 22 listopada 2019 r. na wybór realizatora Programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych” - konkurs nr 2 ze sprzętem stomatologicznym Gminy Wrocław



.....  
Data złożenia oferty  
(wypełnia organ administracji publicznej)

**OFERTA  
NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.....  
(tytuł/nazwa)

Termin realizacji

od ..... roku do ..... roku

<b>I. Dane Oferenta</b>
<b>1. Nazwa</b>
<b>2. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze, ewidencji właściwym ze względu na realizację zadania objętego konkursem</b> (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).
<b>3. Data wpisu do rejestru, ewidencji:</b>
<b>4. Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców - jeżeli oferent prowadzi działalność gospodarczą</b>
<b>5. Organ założycielski lub właściciel:</b>
<b>6. Numer NIP:</b>
<b>7. Numer REGON:</b>
<b>8. Adres</b>
1) kod pocztowy i miejscowość:
2) ulica i nr:
3) województwo:
4) telefon:
5) e-mail:
<b>9. Numer rachunku bankowego i nazwa banku, na który przekazywane będą środki finansowe:</b>
Nazwa banku
Numer rachunku bankowego
<b>10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania oferenta:</b>
1)

2)

.....

**11. Nazwa, adres i telefon kontaktowy podmiotu wykonującego świadczenia stomatologiczne z NFZ:**

**12. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, nr telefonu kontaktowego oraz adres e-mail):**

## **II. Informacje szczegółowe o realizacji Programu.**

### **1. Miejsce realizacji Programu.**

**a) Adres szkoły, w której znajduje się gabinet dentystyczny**

**b) Adres gabinetu oferenta lub wskazanego przez oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą\* posiadającego kontrakt z NFZ, (z podaniem odległości gabinetu dentystycznego w szkole od gabinetu, w którym oferent lub wskazany podmiot będzie udzielał świadczeń gwarantowanych finansowanych z NFZ)**

**2. Doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych i/lub polityki zdrowotnej** (ze wskazaniem, które realizowane były we współpracy z administracją publiczną).

**3. Zaplanowana liczba uczniów objęta Programu** (uczniowie ze szkoły, w której jest gabinet dentystyczny oraz z innych szkół).

**4. Szczegółowy opis zadań i sposób realizacji Programu** (Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem).

**5. Harmonogram zadań** (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych zadań wraz z wykazem realizatorów).

**6. Przewidywane efekty realizacji Programu.**

**a) Monitorowanie i ewaluacja Programu.**

**b) Oczekiwane rezultaty.**

### III. Kalkulacja kosztów realizacji Programu.

1. Kalkulacja przewidywanych kosztów na rok .....					
Nr pozycji kosztorysu	Nazwa zadania do realizacji (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności wynagrodzeń, zakupu usług, zakupu rzeczy)	Liczba jednostek	Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary (np. ząb, badanie, spotkanie, łuk)	Koszt całkowity (w zł)
<b>I</b>	Koszty merytoryczne				
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	Stabilizacja próchnicy zębów mlecznych				

I.6	Lakowanie zębów stałych: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ górne i dolne pierwsze trzonowe („szóstki”)</li> <li>▪ górne i dolne przedtrzonowe („piątki”, „czwórki”)</li> <li>▪ górne i dolne drugie trzonowce stałe („siódemki”)</li> </ul>				
I.7	Kontrola zalakowanych zębów połączona z uzupełnieniem laku albo przy braku całkowitej retencji ponowne założenie laku szczelinowego				
I.8	Leczenie próchnicy „punktowej” w zębach stałych trzonowych i przedtrzonowcach				
I.9	Wymiana laku tymczasowego na lak ostateczny				
I.10	Lakierowanie zębów				
...					
<b>II</b>	Koszty obsługi Programu, w tym koszty administracyjne				
II.1					
II.2					
II.3					
II.4					
II.5					
....					
				Ogółem:	

<b>2. Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:</b>

<b>3. Kalkulacja przewidywanych kosztów na rok .....</b>
--

Nr pozycji kosztorysu	Nazwa zadania do realizacji (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności wynagrodzeń, zakupu usług, zakupu rzeczy)	Liczba/ ilość jednostek	Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary (np. zęb, badanie, spotkanie, łuk)	Koszt całkowity (w zł)
<b>I</b>	<b>Koszty merytoryczne</b>				
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	Stabilizacja próchnicy zębów mlecznych				
I.6	Lakowanie zębów stałych: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ górne i dolne pierwsze trzonowe („szóstki”)</li> <li>▪ górne i dolne przedtrzonowe („piątki”, „czwórki”)</li> <li>▪ górne i dolne drugie trzonowce stałe („siódemki”)</li> </ul>				
I.7	Kontrola zalakowanych zębów połączona z uzupełnieniem laku albo przy braku całkowitej retencji ponowne założenie laku szczelinowego				
I.8	Leczenie próchnicy „punktowej” w zębach stałych trzonowych i przedtrzonowcach				
I.9	Wymiana laku tymczasowego na lak ostateczny				
I.10	Lakierowanie zębów				
...					
<b>II</b>	<b>Koszty obsługi Programu, w tym koszty administracyjne</b>				
II.1					
II.2					
II.3					
II.4					
II.5					
....					
	<b>Ogółem:</b>				

**4. Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:**

**IV. Inne wybrane informacje dotyczące Programu.**

**1. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji Programu** (kwalifikacje osób zatrudnionych przy realizacji Programu).

**2. Zasoby rzeczowe oferenta** np. sprzęt stomatologiczny (opis, rok produkcji i zakupu), meble. Wkład rzeczowy należy opisać, ale nie należy go uwzględniać w kosztorysie.

*\*niepotrzebne skreślić*

.....  
(czytelny podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

**Data** ..... **rok**

**Załączniki:**

1. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji

**Adnotacje urzędowe** (wypełnia organ administracji publicznej)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for official annotations or notes. The interior of the box is completely blank.