Załącznik nr 2 do otwartego konkursu ofert z dnia 12 stycznia 2021 r. na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „ZAPOBIEGANIE PRÓCHICY ZĘBÓW U UCZNIÓW WROCŁAWSKICH SZKÓŁ POSTAWOWYCH”

**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 właściwym ze względu na realizację programu objętego konkursem(objaśnienie: należy podać numer wpisu i nazwę właściwego rejestru, np. sądowego, wojewody, Ministra Zdrowia, właściwych izb lub inny dokument zezwalający na prowadzenie działalności) |  |
| **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 ………….** (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych zadań) | | | | | | |
| **L.p.** | **Poszczególne zadania w zakresie realizowanego programu** | **Termin realizacji poszczególnych zadań** | | **Wykonujący zadania** | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
| * 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 …….** | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Rodzaj kosztów** (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności wynagrodzeń, zakupu usług, zakupu rzeczy, itp.) | **Rodzaj miary** (np. ząb, badanie, spotkanie, łuk, zadanie) | **Koszt jednostkowy** (PLN) | | | **Liczba jednostek** | | **Razem  z wnioskowanej dotacji** (PLN) |
| **I** | **Koszty realizacji działań** | | | | | | | |
| 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 | Lakowanie zębów stałych:   * górne i dolne pierwsze trzonowe („szóstki”) * górne i dolne przedtrzonowe („piątki”, „czwórki”) * górne i dolne drugie trzonowce stałe („siódemki”) |  | |  | |  | |  |
| I.6 | Kontrola zalakowanych zębów połączona z uzupełnieniem laku albo przy braku całkowitej retencji ponowne założenie laku szczelinowego |  | |  | |  | |  |
| I.7 | Stabilizacja próchnicy zębów mlecznych |  | |  | |  | |  |
| I.8 | Leczenie próchnicy „punktowej” w zębach stałych trzonowych i przedtrzonowcach |  | |  | |  | |  |
| I.9 | Wymiana laku tymczasowego na lak ostateczny |  | |  | |  | |  |
| I.10 | Lakierowanie zębów |  | |  | |  | |  |
| … |  |  | |  | |  | |  |
| **Suma kosztów realizacji programu** | | | | | | | |  |
| **II** | **Koszty administracyjne** | | | | | | | |
| II.1 |  |  | | |  | |  |  |
| II.2 |  |  | | |  | |  |  |
| II.3 |  |  | | |  | |  |  |
| … |  |  | | |  | |  |  |
| **Suma kosztów administracyjnych** | | | | | | | |  |
| **Suma wszystkich kosztów realizacji programu** | | | | | | | |  |

##### Oświadczenia

Oświadczam, 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