

Załącznik Nr 1
do szczegółowych warunków konkursu
ofert na realizację „Miejskiego
Programu Profilaktyki Próchnicy dla
Dzieci i Młodzieży do 18 roku życia”
w 2016 r.

Pieczętka firmowa oferenta

**Formularz oferty na realizację
„Miejskiego Programu Profilaktyki Próchnicy dla Dzieci i Młodzieży do 18 roku życia”
w 2016 r.**

I. Informacje o ofercie			
1.	Pełna nazwa podmiotu leczniczego		
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail		
3.	Nazwa podmiotu tworzącego		
4.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego / CEIDG		
6.	NIP		
7.	Regon		
8.	Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
10.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax)		
II. Warunki lokalowe (należy krótko opisać)			
III. Podstawowe informacje o sprzęcie medycznym do realizacji badań			
1.	Rok produkcji unitu stomatologicznego		
2.	Typ unitu stomatologicznego, producent		
IV. Informacje o personelu medycznym wykonującym badania			
1.	Lekarz stomatolog (liczba osób, staż) – specjalizacja (rok)		
2.	Technik dentystyczny (liczba osób, staż pracy, kwalifikacje)		

V. Plan rzeczowo – finansowy		
1.	Deklarowana liczba dzieci, którą oferent planuje przebadac w ramach programu w 2016 r.	
2.	1) Cena wstępnej usługi medycznej u jednego dziecka obejmującej: a) przeprowadzenie instruktażu mycia zębów oraz edukacji z zakresu prawidłowej higieny jamy ustnej i racjonalnego odżywiania, b) wypełnienie ankiety dotyczącej czynników ryzyka próchnicy, c) ocenę stanu higieny jamy ustnej, uzębienia oraz warunków zgryzowych.	
	2) Cena zalakowania bruzd jednego zęba siódmego stałego lakiem szczelinowym (w zależności od wskazań)	
	3) Cena obsługi administracyjno-technicznej Programu	
3.	Koszt całkowity usług w ramach programu = <i>liczba dzieci x [cena wstępnej usługi medycznej + (cena zalakowania jednego zęba x 4)* + cena obsługi adm]</i> . * gdzie 4 oznacza maksymalną liczbę zalakowanych zębów u jednego dziecka.	
VI. Inne informacje		
1.	Doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych: a) Czy oferent uczestniczył w realizacji programów <i>zdrowotnych (wg definicji art. 5 pkt 29 i 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)</i> organizowanych przez Miasto Łódź lub inne podmioty w okresie trzech ostatnich lat ? (proszę wpisać tak lub nie) Jeśli TAK, to: b) czego program dotyczył? c) kto finansował badania? d) jaką populację objęto badaniami ?	2015 r. a) b) c) d) 2014 r. a) b) c) d) 2013 r. a) b) c) d)
2.	Liczba badań profilaktycznych, jaką oferent wykonał rocznie w okresie ostatnich 3 lat.	
3.	<u>Potwierdzam</u> możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach zadania (telefon., godziny dostępności)	
4.	Dostępność badań: dni tygodnia i godziny realizacji badań w ramach zadania.	
5.	Lokalizacja: a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel.) b) dojazd środkami MPK	

Podpis kierownika (dyrektora)
podmiotu leczniczego