Załącznik Nr 1

do szczegółowych warunków konkursu ofert na realizację „Programu polityki zdrowotnej: edukacja w zakresie osteoporozy i wczesne wykrywanie osteoporozy w latach 2023–2025”
w latach 2024-2025

............................................

 *Pieczęć oferenta*

### **Formularz oferty na realizację zadania w ramach**

**„Programu polityki zdrowotnej: edukacja w zakresie osteoporozy i wczesne wykrywanie osteoporozy w latach 2023–2025” w latach 2024-2025**

|  |
| --- |
| **I. Informacje o oferencie** |
| 1. | Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail |  |
| 3. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  |  |
| 4. | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego /CEIDG |  |
| 5. | NIP |  |
| 6. | Numer konta bankowego |  |
| 7. | Kierownik podmiotu leczniczego(imię i nazwisko, nr tel., e-mail) |  |
| 8. | Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., e-mail) |  |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania(imię i nazwisko, nr tel., e-mail) |  |
|  **II. Lokalizacja** |
| Planowane miejsce/miejsca realizacji zadania w ramach Programu (adres, dzielnica, pok., tel., e-mail) (do oferty oferent zobowiązany jest załączyć dokument potwierdzający prawo dysponowania lokalem, w którym będzie realizowane zadanie – nie dotyczy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Miasto Łódź) |
|  **III. Informacje o personelu medycznym zaangażowanym w realizację zadania w ramach Programu** |
| 1. | Osoba wykonująca pomiar BDM za pomocą DXA (liczba osób, staż, wykształcenie i kwalifikacje) |  |
| 2. | Lekarz przeprowadzający wizytę podsumowującą (liczba osób, staż) – specjalizacja (rok) |  |
|  **IV. Plan rzeczowo–finansowy** |
| 1. | Proponowana liczba osób, których oferent może objąć działaniami w ramach Programu. |  |
| 2. | Proponowana cena jednostkowa brutto wszystkich usług oferowanych w ramach zadania.  |  |