

Załącznik Nr 2
do konkursu ofert na wybór realizatora programu
polityki zdrowotnej Program polityki zdrowotnej
profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców
województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat

.....
pieczęć Oferenta

Oferta
na realizację „Programu polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju
mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat”

I. INFORMACJE O OFERENCIE

1.	Pełna nazwa Oferenta	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, adres e-mail	
3.	Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
4.	NIP	
5.	REGON	
6.	Kierownik podmiotu (imię i nazwisko)	
7.	Osoba upoważniona do kontaktu (imię i nazwisko, adres e-mail, nr tel.)	
8.	Nazwa banku i numer rachunku	
9.	Dane Inspektora Ochrony Danych Osobowych (imię i nazwisko, adres e-mail, nr tel.)	

II. OPIS REALIZACJI PROGRAMU

Działanie	Opis
Rodzaj i zakres świadczeń zgodny z Programem:	
Działania informacyjno-edukacyjne	
Działania szkoleniowe „Praca z osobą z zaburzeniami psychicznymi” skierowane do populacji włączonej do Programu: przedstawienie wzorów stosownych formularzy, ankiet oraz oświadczeń (wpisać lub załączyć odpowiedni wzór)	
zakres tematyczny szkolenia	
pre- i post test mających na celu ocenę poziomu wiedzy	
formularz zgody na uczestnictwo w programie (załączyć wzór)	
Działania szkoleniowe "Jak prowadzić trening DBT" skierowane do populacji włączonej do Programu: przedstawienie wzorów stosownych formularzy, ankiet oraz oświadczeń (wpisać lub załączyć odpowiedni wzór)	
zakres tematyczny szkolenia	
pre- i post test mających na celu ocenę poziomu wiedzy	
formularz zgody na uczestnictwo w programie (załączyć wzór)	
Psychoedukacja	
dostępność świadczeń udzielanych w ramach programu (liczba dni w tygodniu, godziny przyjęć)	

wyposażenie oraz sprzęt wykorzystany do realizacji Programu	
formularz zgody na uczestnictwo w programie (załączyć wzór)	
miejsce realizacji Programu (adres, nr tel., adres e-mail)	

III. KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

Rodzaj kosztów	Liczba jednostek	Rodzaj miary	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity (w zł)	Maksymalny koszt całkowity (w zł)
Zadanie nr 1 - Działania informacyjno-edukacyjne	Ponoszony w trakcie realizacji projektu				82 235,00 zł
Zadanie nr 2 – Szkolenie „Praca z osobą z zaburzeniami psychicznymi”	150	sztuki			75 005,00 zł
Zadanie nr 3 - Szkolenie "Jak prowadzić trening DBT"	15	sztuki			46 920,00 zł
Zadanie nr 4 - Psychoedukacja	150	sztuki			1 383 840,00 zł
Zadanie 5 - Koordynacja PPZ	30	miesiące			399 000,00 zł
Zadanie 6 – Monitorowanie i ewaluacja	1	sztuki			15 000,00 zł
OGÓLEM					

Planowane wykorzystanie środków finansowych w latach:

a. w 2024 roku -

b. w 2025 roku -

c. w 2026 roku -

IV. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W RODZAJU: OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ

Kod umowy zawartej z NFZ	Okres realizacji świadczeń (zaznaczyć właściwe)
	5- 7 lat
	7-10 lat
	powyżej 10 lat

.....
(data, podpis Oferenta)

*Załącznik Nr 3
do konkursu ofert na wybór realizatora programu
polityki zdrowotnej Program polityki zdrowotnej
profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców
województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat*

.....
pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat”, dostarczę polisę ubezpieczeniową za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i będę ją utrzymywał/a przez cały okres trwania umowy z Zamawiającym.

.....

(data, podpis Oferenta)

*Załącznik Nr 4
do konkursu ofert na wybór realizatora programu
polityki zdrowotnej Program polityki zdrowotnej
profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców
województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat*

.....
pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat”.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami konkursu, projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie dokumentów poświadczane za zgodność z oryginałem, są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie postępowania konkursowego i umowy konkursowej.

.....
(data, podpis Oferenta)

*Załącznik Nr 6
do konkursu ofert na wybór realizatora programu
polityki zdrowotnej Program polityki zdrowotnej
profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców
województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat*

.....
pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że dysponuje warunkami lokalowymi zgodnymi z obowiązującym prawem oraz zorganizuje zgodnie z obowiązującym prawem udzielanie interwencji wskazanych w Programie.
2. Oświadczam, że dysponuje personelem medycznym wskazanym w Programie. Świadczeń w ramach Programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w Programie.
3. Oświadczam, że dysponuje odpowiednim sprzętem wskazanym w Programie oraz posiadam pomieszczenia spełniające określone przepisami wymagania techniczne i sanitarne.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)