*Pieczątka firmowa oferenta*

### **FORMULARZ OFERTOWY**

**na realizację w latach 2025-2028 programu polityki zdrowotnej
pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV szkół podstawowych w Mieście Suwałki na lata 2025-2028”.**

**I. INFORMACJE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pełna nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym: |  |
| 2. | Adres siedziby: |  |
| 3. | REGON: |  |
| 4. | NIP: |  |
| 5. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr: |  |
| 6. | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub CEIDG: |  |
| 7. | Kierownik podmiotu leczniczego(imię i nazwisko, nr tel., e-mail): |  |
| 8. | Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania i dokonywania zobowiązań finansowych (zawierania umów) w imieniu podmiotu (funkcja, imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail): |  |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za realizację Programu (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail): |  |
| 10. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., e-mail): |  |
| 11. | Nazwa banku i nr rachunku bankowego: |  |

**II. OPIS PROPONOWANEJ REALIZACJI PROGRAMU:**

**1. Warunki lokalowe i wyposażenie w sprzęt medyczny oraz aparaturę medyczną zapewniającą realizację Programu.**

|  |
| --- |
|  |

**2. Kwalifikacje personelu biorącego udział w realizacji Programu.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Specjalista | Zakres obowiązków i sposób zaangażowania przy realizacji oferty | Wykształcenie, kwalifikacje, kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji Programu.**

|  |
| --- |
|  |

**4. Sposób organizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej (rodzaj działań, liczba działań, liczba uczestników, miejsca przekazywania informacji o Programie).**

|  |
| --- |
|  |

**5. Miejsca wykonywania Programu z uwzględnieniem podwykonawców biorących udział przy realizacji Programu (dokładny adres, telefon, adres mailowy, informacja o zapewnieniu dostępu osobom niepełnosprawnym do pomieszczeń przeznaczonych do realizacji interwencji, informacja o zapewnieniu pomieszczenia higieniczno-sanitarnego w miejscu prowadzenia interwencji, w tym co najmniej jednego dostosowanego do potrzeb osób z niepełnosprawnością).**

|  |
| --- |
|  |

**6. Szczegółowy harmonogram planowanych interwencji zostanie zrealizowany zgodnie z załącznikiem do Szczegółowych warunków konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej.**

**7. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną).**

|  |
| --- |
|  |

**III. KALKULACJA PRZEIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU:**

1. **Populacja uczniów klas IV biorących udział w programie w latach 2025-2028.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rok szkolny** | **Przewidywana liczba uczniów\*,** **do których zostaną skierowane zajęcia edukacyjne**  | **Przewidywana liczba uczniów, którzy wezmą udział w Programie****(szacuje się na 80% liczby z kolumny 2)** | **Przewidywana liczba uczniów, którzy wezmą udział w interwencji wieloskładnikowej****(szacuje się na 18% liczby z kolumny 3)** |
|  |  |  |  |
| 2025/2026 | 829 | 663 | 119 |
| 2026/2027 | 910 | 728 | 131 |
| 2027/2028 | 906 | 725 | 131 |
| **Razem** | **2 645** | **2 116** | **381** |

**\*** na podstawie danych z Systemu Informacji Oświatowej (SIO) wg stanu na grudzień 2024 r.

Decyzja o przyjęciu do programu będzie oparta na kolejności zgłoszeń. Program obejmie wszystkie dzieci z populacji docelowej, które spełniają kryteria kwalifikacji, do momentu wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację planowanych interwencji.

1. **2025 rok – Koszty planowanych interwencji.**

|  |
| --- |
| **Maksymalny koszt całkowity - 50 379 zł** |
| **Rodzaj świadczenia** | **Liczba działań** **w 2025 r.** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity w 2025 roku** |
|  | Rekrutacja do programu | 1 | w przeliczeniu na jednego uczestnika |  |  |
|  | Pomiary BMI | 1 |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do uczniów | 2 |  |  |
|  | Porady dietetyczne dla uczniów zakwalifikowanych do działań terapeutycznych | 1 |  |  |
|  | Porady psychologiczne dla uczniów zakwalifikowanych do działań terapeutycznych | 1 |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do rodziców | 2 | w przeliczeniu na jedną grupę |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do pracowników stołówek | 1 |  |  |
|  | Grupowe warsztaty dietetyczne | 1 |  |  |
| **RAZEM** | **………………… zł** |
| Liczba uczniów objętych świadczeniami wymienionymi w punktach od 1 do 3, zgodnie z ww. kosztorysem |  |
| Liczba uczniów objętych świadczeniami wymienionymi w punktach od 4 do 8, zgodnie z ww. kosztorysem |  |

1. **2025 rok – koszty organizacyjne.**

|  |
| --- |
| **Maksymalny koszt całkowity - 5 900 zł** |
| **Rodzaj kosztu** | **Koszt całkowity w 2025 roku** |
| Koszty informacyjno -promocyjne: | Rodzaj działania |  |
| 1. ………………………………………….
 |
| 1. ………………………………………….
 |  |
| 1. ……………………………………………
 |  |
| 1. …………………………………………..
 |  |
| Koszty administracyjno - księgowe |  |
| Ewaluacja i monitorowanie |  |
| **Razem** | **………………….. zł** |

1. **2026 rok – Koszty planowanych interwencji.**

|  |
| --- |
| **Maksymalny koszt całkowity - 163 519** **zł** |
| **Rodzaj świadczenia** | **Liczba działań** **w 2026 r.** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity w 2026 roku** |
|  | Rekrutacja do programu | 1 | w przeliczeniu na jednego uczestnika |  |  |
|  | Pomiary BMI | 2 |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do uczniów | 4 |  |  |
|  | Porady dietetyczne dla uczniów zakwalifikowanych do działań terapeutycznych | 5 |  |  |
|  | Porady psychologiczne dla uczniów zakwalifikowanych do działań terapeutycznych | 2 |  |  |
|  | Zajęcia ruchowe | 24 |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do rodziców | 4 | w przeliczeniu na jedną grupę |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do pracowników stołówek | 2 |  |  |
|  | Grupowa warsztaty dietetyczne | 2 |  |  |
| **RAZEM** | **……………… zł** |
| Liczba uczniów objętych świadczeniami wymienionymi w punktach od 1 do 3, zgodnie z ww. kosztorysem |  |
| Liczba uczniów objętych świadczeniami wymienionymi w punktach od 4 do 8, zgodnie z ww. kosztorysem |  |

1. **2026 rok – koszty organizacyjne.**

|  |
| --- |
| **Maksymalny koszt całkowity - 11** **300 zł** |
| **Rodzaj kosztu** | **Koszt całkowity w 2026 roku** |
| Koszty informacyjno -promocyjne: | Rodzaj działania |  |
| 1. ………………………………………….
 |
| 1. ………………………………………….
 |  |
| 1. ……………………………………………
 |  |
| 1. …………………………………………..
 |  |
| Koszty administracyjno - księgowe |  |
| Ewaluacja i monitorowanie |  |
| **Razem** | **………………….. zł** |

1. **2027 rok – Koszty planowanych interwencji.**

|  |
| --- |
| **Maksymalny koszt całkowity - 173 288** **zł** |
| **Rodzaj świadczenia** | **Liczba działań** **w 2027 r.** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity w 2027 roku** |
|  | Rekrutacja do programu | 1 | w przeliczeniu na jednego uczestnika |  |  |
|  | Pomiary BMI | 2 |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do uczniów | 4 |  |  |
|  | Porady dietetyczne dla uczniów zakwalifikowanych do działań terapeutycznych | 5 |  |  |
|  | Porady psychologiczne dla uczniów zakwalifikowanych do działań terapeutycznych | 2 |  |  |
|  | Zajęcia ruchowe | 24 |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do rodziców | 4 | w przeliczeniu na jedną grupę |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do pracowników stołówek | 2 |  |  |
|  | Grupowa warsztaty dietetyczne | 2 |  |  |
| **RAZEM** | **……………… zł** |
| Liczba uczniów objętych świadczeniami wymienionymi w punktach od 1 do 3, zgodnie z ww. kosztorysem |  |
| Liczba uczniów objętych świadczeniami wymienionymi w punktach od 4 do 8, zgodnie z ww. kosztorysem |  |

1. **2027 rok – koszty organizacyjne.**

|  |
| --- |
| **Maksymalny koszt całkowity - 11** **300 zł** |
| **Rodzaj kosztu** | **Koszt całkowity w 2027 roku** |
| Koszty informacyjno -promocyjne: | Rodzaj działania |  |
| 1. ………………………………………….
 |
| 1. ………………………………………….
 |  |
| 1. ……………………………………………
 |  |
| 1. …………………………………………..
 |  |
| Koszty administracyjno - księgowe |  |
| Ewaluacja i monitorowanie |  |
| **Razem** | **………………….. zł** |

1. **2028 rok – Koszty planowanych interwencji.**

|  |
| --- |
| **Maksymalny koszt całkowity - 119 063** **zł** |
| **Rodzaj świadczenia** | **Liczba działań** **w 2028 r.** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity w 2028 roku** |
|  | Pomiary BMI | 1 | w przeliczeniu na jednego uczestnika |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do uczniów | 2 |  |  |
|  | Porady dietetyczne dla uczniów zakwalifikowanych do działań terapeutycznych | 4 |  |  |
|  | Porady psychologiczne dla uczniów zakwalifikowanych do działań terapeutycznych | 1 |  |  |
|  | Zajęcia ruchowe | 24 |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do rodziców | 2 | w przeliczeniu na jedną grupę |  |  |
|  | Zajęcia edukacyjne skierowane do pracowników stołówek | 1 |  |  |
|  | Grupowe warsztaty dietetyczne | 1 |  |  |
| **RAZEM** | **……………… zł** |
| Liczba uczniów objętych świadczeniami wymienionymi w punktach od 1 do 3, zgodnie z ww. kosztorysem |  |
| Liczba uczniów objętych świadczeniami wymienionymi w punktach od 4 do 8, zgodnie z ww. kosztorysem |  |

1. **2028 rok – koszty organizacyjne.**

|  |
| --- |
| **Maksymalny koszt całkowity - 8400 zł** |
| **Rodzaj kosztu** | **Koszt całkowity w 2028 roku** |
| Koszty informacyjno -promocyjne: | Rodzaj działania |  |
| 1. ………………………………………….
 |
| 1. ………………………………………….
 |  |
| 1. ……………………………………………
 |  |
| 1. …………………………………………..
 |  |
| Koszty administracyjno - księgowe |  |
| Ewaluacja i monitorowanie |  |
| **Razem** | **………………….. zł** |

**10. Przewidywane źródła finansowania Programu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Źródło finansowania** | **zł** | **%** |
| Kwota dofinansowania |  |  |
| Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów (z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania ...........................................zł) |  |  |
| Ogółem: |  |  |

**Załączniki\*:**

1. aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
2. aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące
o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz umocowaniu osób go reprezentujących, które podpisały ofertę,
3. aktualna polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
4. wypełnione i podpisane przez osoby uprawnione oświadczenie Oferenta stanowiące załącznik nr 3 do szczegółowych warunków konkursu ofert.

\* Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w wersji oryginalnej lub formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta

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

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)