Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

**tytuł Formularz ofertowy**

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

**DANE DOTYCZĄCE OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA |  |
| NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTACJI I SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI W IMIENIU OFERENTA |  |
| SIEDZIBA |  |
| NUMER RACHUNKU BANKOWEGO |  |
| DANE KONTAKTOWE (TEL./E-MAIL) |  |
| NR WPISU DO WŁAŚCIWEGO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ |  |
| NIP |  |
| REGON |  |

**REALIZACJA ZADANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU (ADRES, KRÓTKI OPIS WARUNKÓW LOKALOWYCH) |  |
| DNI TYGODANIA/GODZINNYUDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH |  |
| PERSONEL MEDYCZNY UDZIELAJĄCY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU (WYKAZ IMIENNY, KWALIFIKACJE) |  |
| SPOSÓB REKRUTACJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU |  |
| PLANOWANA LICZBA UCZESTNIKÓW PROGRAMU |  |
| PLANOWANE DZIAŁANIA INFORMACYJNE (ROZPROPAGOWANIE PROGRAMU) |  |

**WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW WNIOSKOWANYCH NA REALIZACJĘ PROGRAMU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA PROCEDURY** | **PROCENT OGÓLNEJ LICZBY PROCEDUR** | **PLANOWANA****LICZBA PROCEDUR**JEDNOSTKA ROZLICZENIOWA(1 PROCEDURA) | **PLANOWANY** **PROCENT OGÓLNEJ LICZBY PROCEDUR** | **PLANOWANY KOSZT****REALIZACJI PROGRAMU** |
| **KOSZT****JEDNOSTKOWY (BRUTTO)** | **WARTOŚĆ (BRUTTO)** |
| PROCEDURA 1: PRZEGLĄD + CZYSZCZENIE GABINETOWE | 15-20% |  |  |  |  |
| PROCEDURA 2: ZABIEG LAKOWANIA (1 ZĄB) | 15-25% |  |  |  |  |
| PROCEDURA 3: ZABIEG ZACHOWAWCZY - DOWOLNY ZĄB, DOWOLNA LOKALIZACJA, EWENTUALNIE RTG PUNKTOWE, EWENTUALNIE ZNIECZULENIE MIEJSCOWE LUB PRZEWODOWE, MATERIAŁ KOMPOZYTOWY ŚWIATŁO UTWARDZALNY, W UZASADNIONYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH MATERIAŁ O CHARAKTERZE OPATRUNKU | 30-50% |  |  |  |  |
| PROCEDURA 4: ZABIEG CHIRURGICZNY – EKSTRAKCJA (DOWOLNY ZĄB MLECZNY LUB STAŁY Z WYKLUCZENIEM ZĘBÓW NR 8 GÓRA LUB DÓŁ), W PROCEDURĘ WLICZONE JEST ZNIECZULENIE MIEJSCOWE LUB PRZEWODOWE | 10-20% |  |  |  |  |
| PROCEDURA 5: LECZENIE KANAŁOWE DOWOLNY ZĄB, DOWOLNA LOKALIZACJA, EWENTUALNIE RTG PUNKTOWE, EWENTUALNIE ZNIECZULENIE MIEJSCOWE LUB PRZEWODOWE, MATERIAŁ KOMPOZYTOWY ŚWIATŁO UTWARDZALNY, W UZASADNIONYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH MATERIAŁ O CHARAKTERZE OPATRUNKU | 10-20% |  |  |  |  |
| **SUMA PLANOWANYCH PROCEDUR** |  | **100 %** | **KOSZT CAŁKOWITY REALIZACJI PROGRAMU****(KWOTA BRUTTO)** |  |

Kampania edukacyjna w zakresie profilaktyki zdrowia jamy ustnej skierowanej do dzieci i młodzieży z terenu Gminy Jabłonna - proponowane działania:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)