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

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZADANIE 2.1**

**PROFILAKTYKA I LECZENIE PRÓCHNICY U UCZNIÓW**

**ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY JABŁONNA UCZĘSZCZAJĄCYCH DO SZKÓŁ PODSTAWOWYCH I GIMNAZJALNYCH**

**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/GODZINNY  UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWTNYCH |  |
| PERSONEL MEDYCZNY UDZIELAJĄCY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU (WYKAZ IMINNY, 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)** |  |

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

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