Załącznik do ogłoszenia konkursu na realizację

programu polityki zdrowotnej w zakresie wspierania i propagowania karmienia piersią wśród mieszkańców gminy Gostyń

………………………………………… ……………………………………..

(Nazwa i adres oferenta) (Miejscowość i data)

**OFERTA**

Burmistrz Gostynia

Rynek 2

63-800 Gostyń

Odpowiadając na konkurs ofert dotyczący realizacji w 2022 roku programu polityki zdrowotnej w zakresie wspierania i propagowania karmienia piersią wśród mieszkańców gminy Gostyń:

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
2. Dane o oferencie:
3. nazwa i siedziba zakładu;
4. NIP, REGON;
5. numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych.
6. Oferowana cena kosztów objęcia Programem:
7. jednej osoby objętej opieką poradni laktacyjnej - …… zł brutto (słownie: …………………………………………………….. );
8. jednej osoby objętej szkoleniem (personel medyczny) - …… zł brutto (słownie: ……………………………………………………….....);
9. wydrukowania i kolportażu ulotek i broszur (500 sztuk) - …….. zł brutto (słownie: …………………………………………………………. ).
10. Koszt całkowity zadania: …………………………..……………zł brutto (słownie: ………………………………………………………………………………………)(250 osób x koszt jednostkowy z pkt 3.1) + (25 osób x koszt jednostkowy z pkt 3.2) + (500 szt. koszt z pkt 3.3)
11. Oświadczamy, że posiadamy następujące warunki lokalowe do realizacji zadania (wskazać jakie), które spełniają wymogi rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1065, ze zm.) oraz ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1062 ze zm.)

……………………………………………………………………………

1. Oświadczamy, że posiadamy następującą kadrę do realizacji zadania (podać liczbę i kwalifikacje zawodowe osób) …………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….
2. Oświadczamy, że poradnia laktacyjna czynna będzie ………. godzin w tygodniu.
3. Oświadczamy, że posiadamy ważny certyfikat IBCLC lub CDL.
4. Oświadczamy, że posiadamy doświadczenie w zakresie:
5. przygotowania kobiet w ciąży do karmienia piersią i udzielania pomocy laktacyjnej matkom karmiącym (podać okres): …………….……………… ……………………………………………………………………………….......
6. organizacji zajęć edukacyjnych dla personelu medycznego (podać okres): ……………………………...……………………………………………………
7. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1) aktualny odpis z właściwego rejestru podmiotów leczniczych;

2) szczegółowy opis działań realizowanych w ramach programu;

3) dokumenty potwierdzające kwalifikacje kadry realizującej zadanie;

4) potwierdzenie prawa do lokalu, w którym prowadzona będzie poradnia laktacyjna.

……………………………………………..

(podpis oferenta)

BURMISTRZ GOSTYNIA

/-/ *J e r z y K u l a k*