**Zarządzenie Nr 2/2024
Burmistrza Wolborza**

z dnia 9 stycznia 2024 r.

**w sprawie unieważnienia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn "Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 ze zm.), w związku z uchwałą Nr LXI/561//2023 Rady Miejskiej w Wolborzu z dnia 30 października 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji wieloletniego programu polityki zdrowotnej pn "Wolbórz - Gmina wolna od osteoporozy" oraz art. 48 b ust. 1, 2-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)

**Burmistrz Wolborza
zarządza, co następuje:**

**§ 1.**1. Unieważnia się konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. "Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023- 2025”, przyjętego do realizacji uchwałą Nr LXI/561//2023 Rady Miejskiej w Wolborzu z dnia 30 października 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji wieloletniego programu polityki zdrowotnej pn "Wolbórz - Gmina wolna od osteoporozy".

2. Treść ogłoszenia o konkursie ofert, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do zarządzenia .

**§ 2.**Traci moc zarządzenie Nr 100/2023 Burmistrza Wolborza z dnia 27 grudnia 2023 r. w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn "Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.

**§ 3.**Wykonanie zarządzenia powierza się Sekretarzowi Gminy Wolbórz.

**§ 4.**Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Burmistrz**Andrzej Jaros** |

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

**FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW**

*"Wolbórz– Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/towaru/świadczenia** | **Liczba/rodzaj** | **Koszt jednostkowy** **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** **Rok 2024** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** **Rok 2025** |
| **1** | Kwalifikacja uczestnika do programu |  |  |  |  |
| **2** | Oszacowanie ryzyka złamań metodą FRAX |  |  |  |  |
| **3** | Przeprowadzenie edukacji dla uczestnikaprogramu z pre-testem i post-testem |  |  |  |  |
| **4** | Badanie densytometryczne |  |  |  |  |
| **5** | Konsultacja lekarska |  |  |  |  |
| **6** | Przeprowadzenie szkoleń dla personelumedycznego |  |  |  |  |
| **7** | Koszty personelu PPZ bezpośredniozaangażowanego w zarządzanie,rozliczanie, monitorowanie projektu lubprowadzenie innych działańadministracyjnych w projekcie, w tym wszczególności koszty wynagrodzenia |  |  |  |  |
| **8** | Koszt działań informacyjnych |  |  |  |  |
| **9** | Koszt działań edukacyjnych, w tymprzygotowania materiałów w postaciulotek, plakatów, broszur |  |  |  |  |
| **10** | Koszt monitoringu i ewaluacii |  |  |  |  |
| **11.** | **Inne koszty** niezbędne do realizacji Programu – należy podać nazwę usługi/towaru/świadczenia |  |  |  |  |
| **SUMA:** | **X** | **X** |  |  |
| **CENA OFERTY OGÓŁEM ZA CAŁY OKRES TRAWNIA PROGRAMU (2024 – 2025 r):**  |

\**Rodzaje kosztów w pozycjach 1-11 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie. UWAGA! Podane ilości są szacunkowe, liczba ostatecznych uczestników Programu może różnić się w zależności od efektywności Programu.*

|  |
| --- |
| **II. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY KALKULACJI KOSZTÓW** |
|  |
| **III. OŚWIADCZENIA OFERENTA** |
| 1. | Oświadczam, że w przypadku wyboru ww. oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na świadczenie usług zgodnie z zakresem wynikającym z treści programu polityki zdrowotnej pn. **„Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.**………., dnia …...…………………. …………..…………………………..*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS*****osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta******W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

**FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW**

*"Wolbórz– Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/towaru/świadczenia** | **Liczba/rodzaj** | **Koszt jednostkowy** **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** **Rok 2024** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** **Rok 2025** |
| **1** | Kwalifikacja uczestnika do programu |  |  |  |  |
| **2** | Oszacowanie ryzyka złamań metodą FRAX |  |  |  |  |
| **3** | Przeprowadzenie edukacji dla uczestnikaprogramu z pre-testem i post-testem |  |  |  |  |
| **4** | Badanie densytometryczne |  |  |  |  |
| **5** | Konsultacja lekarska |  |  |  |  |
| **6** | Przeprowadzenie szkoleń dla personelumedycznego |  |  |  |  |
| **7** | Koszty personelu PPZ bezpośredniozaangażowanego w zarządzanie,rozliczanie, monitorowanie projektu lubprowadzenie innych działańadministracyjnych w projekcie, w tym wszczególności koszty wynagrodzenia |  |  |  |  |
| **8** | Koszt działań informacyjnych |  |  |  |  |
| **9** | Koszt działań edukacyjnych, w tymprzygotowania materiałów w postaciulotek, plakatów, broszur |  |  |  |  |
| **10** | Koszt monitoringu i ewaluacii |  |  |  |  |
| **11.** | **Inne koszty** niezbędne do realizacji Programu – należy podać nazwę usługi/towaru/świadczenia |  |  |  |  |
| **SUMA:** | **X** | **X** |  |  |
| **CENA OFERTY OGÓŁEM ZA CAŁY OKRES TRAWNIA PROGRAMU (2024 – 2025 r):**  |

\**Rodzaje kosztów w pozycjach 1-11 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie. UWAGA! Podane ilości są szacunkowe, liczba ostatecznych uczestników Programu może różnić się w zależności od efektywności Programu.*

|  |
| --- |
| **II. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY KALKULACJI KOSZTÓW** |
|  |
| **III. OŚWIADCZENIA OFERENTA** |
| 1. | Oświadczam, że w przypadku wyboru ww. oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na świadczenie usług zgodnie z zakresem wynikającym z treści programu polityki zdrowotnej pn. **„Wolbórz – Gmina wolna od osteoporozy. Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, na lata 2023-2025”.**………., dnia …...…………………. …………..…………………………..*(Podpis osoby upoważnionej do składania* *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS*****osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta******W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |