**Załącznik nr 2**

**OPIS ZASOBÓW OFERENTA**

|  |
| --- |
| 1. **Informacja o warunkach lokalowych i organizacyjnych dla funkcjonowania gabinetu dentystycznego**
 |
| **określenie zasobów dla udzielania świadczeń stomatologicznych w gabinecie dentystycznym**  |
|  | opis pomieszczenia przeznaczonego na gabinet dentystyczny  | kształt |  |
| powierzchnia |  |
| rodzaj podłogi i jej połączenie ze ścianami |  |
| oświetlenie |  |
| podłączenie i odpływ wody |  |
| inne |  |
|  | informacja o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, z którym zawarto porozumienie o współpracy | liczba personelu |  |
| okres umowy NFZ |  |
| inne |  |
|  | warunki użyczenia gabinetu dentystycznego podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą  | okres umowy |  |
| zasady przekazania w użytkowanie wyposażenia  |  |
| sposób finansowania kosztów bieżącej eksploatacji gabinetu |  |
| inne |  |
|  | warunki i zasady korzystania z gabinetu dentystycznego przez dzieci i młodzież | szacowana liczebności populacji |  |
| dostępność do gabinetu po zakończeniu zajęć edukacyjnych w dniach nauki |  |
| dostępność do gabinetu w okresie ferii i wakacji, |  |
| warunki transportu do gabinetu w przypadku, gdy opieką lekarza dentysty zostaną objęte dzieci z innych szkół i przedszkoli |  |
| inne |  |

|  |
| --- |
| 1. **Informacja o sposobie i warunkach realizacji zadania**
 |
| **określenie zasobów dla realizacji zadania w zakresie zdrowia jamy ustnej** |
|  | informacje o podmiocie odpowiedzialnym za realizację projektu edukacyjnego  | liczba osób  |  |
| kwalifikacje do prowadzenia edukacji zdrowotnej dla dzieci i dorosłych |  |
| inne |  |
|  | liczba osób objętych edukacją | dzieci i młodzież |  |
| rodzice/ inni opiekunowie prawni |  |
|  | liczba zajęć grupowych dla dzieci i młodzieży oraz dla rodziców | dla dzieci i młodzieży  |  |
| dla rodziców/ innych opiekunów prawnych |  |
|  | opis metod nauczania teoretycznego i praktycznego oraz środków dydaktycznych do prowadzenia edukacji zdrowotnej  | dla dzieci i młodzieży  |  |
| dla rodziców/ innych opiekunów prawnych  |  |
|  | sposób ewaluacji działań edukacyjnych  | ankieta wstępna (określić zasób informacji) |  |
| ankieta końcowa (określić zasób informacji) |  |
| inny (jaki?) |  |
|  | zasoby lokalowe do prowadzenia edukacji zdrowotnej  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………… |  | ………………………………………………………. |
| Data, pieczęć i podpis osobyodpowiedzialnej za sprawyfinansowe Oferenta |  | Data, pieczęć i podpis osoby /osóbupoważnionych do reprezentacjiOferenta |