

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO
pn. „PROGRAM ZDROWOTNY DOTYCZĄCY ZAKAŻEŃ
WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W MAŁOPOLSCE”
W 2019 ROKU

w GMINIE
(wpisać właściwe)

I. DANE OFERENTA

- 1) **Pełna nazwa oferenta** (zgodnie z wpisem z właściwego rejestru)

.....
.....
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

- 2) **Adres siedziby oferenta** (miejscowość, ulica, nr lokalu, kod pocztowy)

.....
.....
Tel. Fax.
e-mail http://

- 3) **Status prawny oferenta**

- 4) **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

.....

- 5) **Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (w przypadku wpisu)**

.....

- 6) **NIP**

- 7) **REGON**

- 8) **Nazwa banku i nr rachunku**

.....

- 9) **Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu oferenta** (zgodnie z wpisem z właściwego rejestru), w przypadku udzielenia pełnomocnictwa – dołączyć pełnomocnictwo)

.....

- 10) **Osoba odpowiedzialna za koordynację programu w podmiocie leczniczym** (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego)

.....

- 11) **Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu w podmiocie leczniczym** (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego)

.....

- II. **ZASOBY KADROWE OFERENTA** (personel medyczny przewidziany do realizacji Programu)

TAK ☐

NIE ☐

1) Lekarze

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (tytuł zawodowy, specjalizacja)	Posiadane doświadczenie zawodowe (staż pracy w zawodzie)	Zakres zadań w ramach programu

2) Pielęgniarki (ewentualnie inny personel medyczny uprawniony do wykonywania szczepień)

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (tytuł zawodowy, specjalizacje, kursy w zakresie szczepień ochronnych)	Posiadane doświadczenie zawodowe (staż pracy w zawodzie)	Zakres zadań w ramach programu

III. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH W RAMACH PROGRAMU

Warunki lokalowe i sprzętowe (przewidziane do realizacji programu)

- 1) Posiadanie gabinetu lekarskiego do przeprowadzenia badań dzieci objętych działaniami programu wraz z punktem szczepień, spełniającego pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa

TAK ☐

NIE ☐

Wskazać adres miejsca (gabinetu lekarskiego z punktem szczepień), w którym planuje się realizację programu (podać dokładny adres)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) Posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu

TAK ☐

NIE ☐

- 3) Posiadanie sprawnej linii telefonicznej

TAK ☐

NIE ☐

IV. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Nazwa zrealizowanego Programu:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

V. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU W GMINIE

- 1) Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

1. Kalkulacja kosztów wykonania szczepienia u jednego dziecka szczepionką GARDASIL 4 walenta (w ramach doszczepienia) (koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki + koszty organizacyjne) <i>*Wypełnić jeżeli dotyczy</i>	Koszt jednostkowy: zł (brutto) w tym: a. badanie lekarskie - zł b. wykonanie szczepienia - zł c. zakupu 1 dawki szczepionki (koszt preparatu) - zł d. koszty organizacyjne - zł Łącznie
2. Kalkulacja kosztów wykonania szczepienia u jednego dziecka (ramach szczepienia po raz pierwszy w roku 2019) (koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki + koszty organizacyjne)	Koszt jednostkowy: zł (brutto) w tym: a. badanie lekarskie - zł b. wykonanie szczepienia - zł c. zakupu 1 dawki szczepionki (koszt preparatu) - zł d. koszty organizacyjne - zł łącznie Liczba planowanych dawek szczepionki: (należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent planuje wykonać w ramach realizacji zadania nie mniejszą niż liczba szczepionek przeznaczona dla danej gminy) w podziale na realizację programu wg dwóch rodzajów szczepionek <i>*jeżeli dotyczy</i>
Całkowity koszt realizacji Programu (koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek), <i>*(koszt obliczyć dla dwóch rodzajów szczepionki) jeżeli dotyczy</i>	

2) Informacje o preparacie farmaceutycznym, który będzie zastosowanym do szczepień

Nazwa szczepionek planowanych do użycia w realizacji programu w 2019 r.	Okres ważności szczepionek
.....	
.....	

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

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

VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

- 1) **Sposób dotarcia z informacją o programie do rodziców /opiekunów dzieci spełniających kryteria włączenia do programu oraz sposób rekrutacji dzieci do Programu** *(należy wymienić planowane działania)*

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

- 2) **Harmonogram planowanych działań z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia** *(termin zakończenia realizacji zadania musi być zgodny z podanym w Ogłoszeniu konkursu ofert)*

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

- 3) **Dostępność do świadczeń objętych programem** *(proszę opisać czy będzie istniała możliwość uzyskania informacji i rejestracji telefonicznej do programu oraz wskazać liczbę dni w tygodniu, w których realizowany będzie program, z uwzględnieniem godzin, w których możliwe będzie wykonanie szczepienia (od ...do...))*

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

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami ogłoszenia o konkursie i akceptuję je w całości.

OŚWIADCZAM, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się w niniejszym postępowaniu o zawarcie umowy.

²⁾rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

³⁾ W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

.....
(miejscowość i data)

Załączniki do oferty:

➤ Dokumenty wymagane od oferentów:

- 1) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą albo wydruk z rejestru podmiotów leczniczych,
- 2) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (albo wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu KRS pobrany na podstawie art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym) lub inny właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności oferenta, np: wydruk z CEiDG wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
- 3) pełnomocnictwo do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.

➤ Oświadczenia wymagane od oferentów:

Oświadczam, że

- 1) nie zalegam z należnościami względem ZUS i urzędu skarbowego,
- 2) zapoznałem się z treścią *Ogłoszenia konkursu ofert* na wybór realizatorów (lub realizatora) programu zdrowotnego pn. „*Program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Małopolsce*” w 2019 r. zwanego dalej „Programem”,
- 3) zobowiązuje się do wykonywania świadczeń obejmujących zakres przedmiotowy konkursu na terenie Gminy, której dotyczy oferta oraz ponoszenia wyłącznej odpowiedzialności za świadczenia wykonane w ramach *Programu*, zarówno wobec Zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich, na rzecz których udzielał będzie przedmiotowych świadczeń,
- 4) podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 5) zobowiązujemy się do wydatkowania otrzymanych od Powiatu Brzeskiego środków finansowych zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1986 z późn. zm.) (jeżeli Oferent jest do tego zobowiązany),
- 6) czynności wykonywane w ramach Zadania nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
- 7) podmiot leczniczy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
- 8) zbierając, przetwarzając i przekazując dane osobowe wszystkich osób w związku z uczestnictwem w konkursie, będziemy postępować z zachowaniem wymogów określonych w ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.) oraz w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO,
- 9) spełnimy w imieniu Powiatu Brzeskiego obowiązek informacyjny zgodnie z wymogami RODO w stosunku do osób, których dane są zawarte w ofercie, zgodnie z klauzulą informacyjną.

Uwaga:

Wzór oświadczenia stanowi załącznik do formularza ofertowego.

