Załącznik nr 2 do ogłoszenia

 o konkursie ofert

...............................................................................…..

(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)*

1. **DANE OFERENTA**
2. **Pełna nazwa oferenta** *(zgodnie z wpisem z właściwego rejestru)*

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

1. **Adres siedziby oferenta** *(miejscowość, ulica, nr lokalu, kod pocztowy)*

……………………………………………………………………….………………….……..

…………………………………………………………………………………………………

**Tel.** ………………………………………… **Fax.** …………………………………………...

**e-mail** ……………………………………… **http://** …………………………………………

1. **Status prawny oferenta** …………………………………………………….……..………...

…………………………………………………………………………………………………

1. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

…………………………………………………………………………………………………

1. **Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (w przypadku wpisu)**

.........................................................................................……………………………….

1. **NIP** …………………………………………
2. **REGON** ………………………………..…...
3. **Nazwa banku i nr rachunku**

…………………………………………………………………………..……………………..

1. **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)*

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

1. **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **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)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu**

**TAK 🞏 NIE 🞏**

1. **Posiadanie sprawnej linii telefonicznej**

**TAK 🞏 NIE 🞏**

1. **DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

**Nazwa zrealizowanego Programu:**

1. …………………………………………………………………………………………………………………………..
2. ………………………………………………………………………………………………………………………….
3. …………………………………………………………………………………………………………………………..
4. …………………………………………………………………………………………………………………………..
5. .………………………………………………………………………………………………………………………….
6. **KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU
W GMINIE**
7. **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)* **\*Wypełnić jeżeli dotyczy** | **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* *\*jeżeli dotyczy*……………………………………… |
| **Całkowity koszt realizacji Programu** ***(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek),******\*(koszt obliczyć dla dwóch rodzajów szczepionki) jeżeli dotyczy*** |  .………………………………………… |

1. **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)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **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.***