

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO
pn. „PROGRAM ZDROWOTNY DOTYCZĄCY ZAKAŻEŃ
PNEUMOKOKOWYCH W MAŁOPOLSCE”
W 2018 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 (w przypadku wpisu)**

.....

- 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, specjalizacja, kursy w zakresie szczepień ochronnych)	Posiadane doświadczenie zawodowe (staż pracy w zawodzie)	Zakres zadań w ramach programu

--	--	--	--	--

III. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ UDZIĘLANYCH 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 ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Nazwa zrealizowanego Programu

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

V. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU W GMINIE

1) Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

1.	Kalkulacja kosztów wykonania szczepienia u jednego dziecka <i>(koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki + koszty organizacyjne)</i>	Koszt jednostkowy: zł (brutto) w tym:
		a. <i>badanie lekarskie</i> - zł
		b. <i>wykonanie szczepienia</i> - zł
		c. <i>zakupu 1 dawki szczepionki (koszt preparatu)</i> - zł
		d. <i>koszty organizacyjne</i> - zł
2.	Liczba planowanych dawek szczepionki: <i>(należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent planuje wykonać w ramach realizacji zadania nie mniejszą niż liczba szczepionek przeznaczona dla danej gminy)</i> 	
	Całkowity koszt realizacji Programu <i>(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek)</i>

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

Nazwa szczepionki planowanej do użycia w realizacji programu w 2018 r.	Okres ważności szczepionki
.....
.....
.....

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)

.....
(miejsce 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:

- 1) oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS i urzędu skarbowego,
- 2) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią *Ogłoszenia konkursu ofert* na wybór realizatorów (lub realizatora) programu zdrowotnego pn. „*Program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce*” w 2018 r.,
- 3) oświadczenie, że oferent 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) oświadczenie, że oferent zapewni poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników *Programu* z zachowaniem wymogów określonych w rozporządzeniu 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, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1) oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000).
- 5) oświadczenie, że jako podmiot leczniczy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Uwaga:

Wzór oświadczenia stanowi załącznik do formularza ofertowego