**………………… …………………….**

(pieczęć Oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2020 ROK**

**na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego”**

I. **Dane oferenta:**

Pełna nazwa: …………………………………………………………………………………………............... …………………………………………………………………………………………………...

Dokładny adres (z kodem pocztowym):

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

Nr tel.: ……………………………

nr fax: ……………………………

e-mail ……………………………

http:// ……………………………

**NIP** ……………………………

**REGON** ……………………………

Koordynator Programu – osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji Programu (nazwisko i imię, numer telefonu, adres e-mail):

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

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

**II. Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będzie realizowany Program:**

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

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

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

**III. Wykaz imienny personelu, który będzie realizował Program wraz z określeniem kwalifikacji zawodowych tych osób** (z uwzględnieniem ewentualnych zmian nazwisk):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko, tytuł zawodowy** | **Posiadane specjalizacje** | **Czy posiadane specjalizacje obejmowały problematykę szczepień ochronnych (TAK/NIE)** | **Praktyka w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych (miesiące/ lata)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IV. Plan rzeczowo-finansowy\*:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Sposób wyliczenia** | **Wartość** |
| 1 | **Liczba osób**, którą Oferent zamierza zaszczepić w ramach Programu |  |  |
| 2 | **Koszt jednostkowy badania** kwalifikacyjnego do szczepienia u jednej osoby [zł] |  |  |
| 3 | **Koszt szczepienia** przeciwko grypie (wraz z kosztem szczepionki) u jednej osoby [zł] |  |  |
| 4 | **Koszt jednostkowy powtórnego badania** kwalifikacyjnego do szczepienia, wyznaczone w związku z czasowym przeciwskazaniem do szczepienia podczas wcześniejszej wizyty [zł] |  |  |
| 5 | **Koszt jednostkowy wykonania świadczenia** u jednego pacjenta tj. jednostkowy koszt badania kwalifikacyjnego do szczepienia + jednostkowy koszt szczepienia (wraz z kosztem szczepionki) [zł] | ad.2 + ad.3 |  |
| 6 | **Koszt realizacji świadczeń** w ramach Programu, liczba osób x koszt jednostkowy wykonania świadczenia u jednego pacjenta [zł] | ad.1 x ad.5 |  |
| 7 | **Liczba osób, która zostanie zakwalifikowana do powtórnego badania** kwalifikacyjnego do szczepienia, wyznaczona w związku z czasowym przeciwskazaniem do szczepienia podczas wcześniejszej wizyty. Zgodnie z założeniami Programu przedmiotowa liczba stanowi **5%** liczby osób, którą Oferent zamierza zaszczepić | ad.1 x 5% |  |
| 8 | **Koszt realizacji powtórnych badań** kwalifikacyjnych w ramach Programu: liczba osób, która zostanie zakwalifikowane do powtórnego badania x koszt jednostkowy powtórnego badania [zł] | ad.7 x ad.4 |  |
| 9 | **Całkowity koszt realizacji świadczeń** w ramach Programu, stanowiący koszt realizacji świadczeń w ramach programu wraz z kosztami realizacji powtórnych badań kwalifikacyjnych [zł] | ad.6 + ad.8 |  |
| 10 | **Maksymalny koszt jednostkowy wykonania świadczenia u jednego pacjenta,** uwzględniający nadwyżkę przeznaczoną na realizację powtórnego badania lekarskiego kwalifikującego, wyznaczonego w związku z czasowym przeciwskazaniem do szczepienia [zł] | ad.9 : ad.1 |  |

\*Ceny podane w Programie nie są cenami oczekiwanymi, minimalnymi ani maksymalnymi służą jedynie do oceny efektywności programu. Cena jest elementem konkursu ofert. Ponadto, zgodnie z pkt. 4 ppkt 7 Regulaminu Komisja dokonując oceny ofert może zażądać złożenia wyjaśnień, w przypadku, gdy oferta będzie zawierała rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu konkursu.

**V. Dostępność do świadczeń w ramach Programu:**

Miejsce realizacji Programu (dokładny adres): …………………………………………………………………..…………………………………………………………...........................................................................................................................

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

Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu (w przypadku spełnienia poniższego warunku - zaznaczyć „X”)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Szczepienie przeciwko grypie odbędzie się najpóźniej 24 godziny po badaniu kwalifikacyjnym do szczepienia (powtórnym badaniu kwalifikacyjnym). |
|  | Oferent zapewni dostępność do świadczeń udzielnych w ramach Programu, przynajmniej raz w tygodniu w godz. popołudniowych, nie krócej niż do 18.00. |

Sposób rejestracji pacjentów do Programu *(po podpisaniu umowy z Realizatorem, poniższe informacje będą publikowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego**w celu promocji zadania)*:

Osobiście: …………………………………………………………………………………..

Telefonicznie: …………………………………………………………………………………..

Elektronicznie: ………………………………………………………….……………………….

Proszę podać źródło informacji, z którego Oferent dowiedział się o konkursie ofert: ………………...………………………………………..……………………………………………......

**VI. Posiadanie aktualnego zewnętrznego systemu zarządzania jakością potwierdzonego certyfikatem (zaznaczyć właściwą odpowiedź)**

posiadanie certyfikatu zgodności z normą PN-EN ISO 9001:2015-10 „Systemy zarządzania jakością – Wymagania” (lub odpowiednika europejskiego/   
międzynarodowego) **tak nie**

posiadanie certyfikatu zgodności z normą PN-EN 15224:2017-02 „Systemy zarządzania jakością – EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia” (lub odpowiednika europejskiego) **tak nie**

posiadanie certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia zgodności ze standardami dla lecznictwa szpitalnego **tak nie**

**VII. Proszę o wpisanie dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał za realizację zadania** …………………………………………….........................

**VIII. Oświadczenie o wpisach do rejestrów (właściwe proszę zaznaczyć „X”)**

W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku   
o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295).

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem:

□ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez …………………………………………………………,

pod numerem .…………………………………………,

⁭□ praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez …………………………………………………………………,

pod numerem .…………………………………………,

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

⁭ □ Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem …………………………………….…….. .

⁭ □ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

⁭ □ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

⁭ □ nie dotyczy

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego” oraz ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.
2. Wszystkie podane w „Formularzu oferty – konkurs 2020 rok” oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Wykazany w ofercie personel medyczny będzie udzielał świadczeń w ramach Programu, w godzinach niepokrywających się z godzinami pracy w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Personel medyczny wskazany w ofercie, jako udzielający świadczeń w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na realizację przedmiotowych świadczeń (oświadczenia personelu z pisemną zgodą znajdują się w dyspozycji Oferenta).
5. Reprezentowany przeze mnie podmiot leczniczy w swoich zasobach posiada minimum 200 pracowników, zatrudnionych na umowach o pracę, zgodnych z Kodeksem pracy.

**IX. Informacja o warunkach przetwarzania danych osobowych.**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informujemy, iż:

1) Administratorem Pana/Pani danych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.

2) Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, drogą elektroniczną na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury konkursowej na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO w związku z ustawą z dnia 15 września z 2015 r. o zdrowiu publicznym oraz na etapie zawierania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) w celu realizacji umowy.

4) Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pana/Pani danych osobowych będzie Wojewoda Łódzki i Ministerstwo Zdrowia, użytkownicy Biuletynu Informacji Publicznej, strony internetowej www.zdrowie.lodzkie.pl, wnioskujący o udzielenie informacji publicznej, dostawcy systemów informatycznych i usług IT.

5) Dane będą przechowywane przez okres realizacji umowy, a następnie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej, stanowiącej załącznik do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (kategoria BE10).

6) Posiada Pan/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, oraz usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.

7) W zakresie danych zbieranych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 21 RODO.

8) Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku, gdy Pani/Pana zdaniem przetwarzanie danych osobowych przez Administratora danych odbywa się z naruszeniem prawa.

9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia procedury konkursowej oraz jest warunkiem zawarcia umowy. Ich niepodanie skutkuje nierozpatrzeniem oferty oraz brakiem możliwości zawarcia umowy.

………………………………………………………..

podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych  
do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu

**Do „Formularza oferty – konkurs 2020 rok” należy dołączyć**:

* załącznik nr 1 (w zależności od statusu prawnego Oferenta)
  1. Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu I księgi rejestrowej oraz tego/tych fragmentu/-ów, który/-e dotyczy/-ą realizacji przedmiotu konkursu ofert; natomiast w przypadku praktyk zawodowych - cały wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
  2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; https://ems.ms.gov.pl/).
  3. W przypadku Oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej: kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający określenie zasad reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie sposobu reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności.
  4. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
* załącznik nr 2 – kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania.   
  W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację Programu należy również dołączyć zobowiązanie Oferenta do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast w przypadku braku polisy Oferent musi złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
* załącznik nr 3 – kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienionych w pkt III formularza oferty   
  (kwalifikacyjne badanie lekarskie do szczepień ochronnych przeprowadza wyłącznie lekarz posiadający niezbędną wiedzę i doświadczenie z zakresu szczepień ochronnych, znajomości wskazań oraz przeciwwskazań do szczepień, a także niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), zgodnie z art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy posiadają kwalifikacje określone w § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, to jest jeżeli: odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i **uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej**, lub posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.
* załącznik nr 4 – kserokopie aktualnych certyfikatów potwierdzających posiadanie zewnętrznego systemu zarządzania jakością, określonych w pkt VI.