**……………… …………………….**

(pieczęć Oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2022 ROK**

**na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w latach 2022-2024**”

1. **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):………………………………………………………..

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Programem objęta zostanie populacja 14 letnich dziewczynek (zgodnie z rokiem urodzenia) zamieszkała na terenie** *(zaznaczyć właściwe „X”):*

|  |
| --- |
|  |

- powiatu zgierskiego

- powiatu m. Piotrków Trybunalski

**III. Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będzie realizowany Program**………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. .. …………………………………………………………………………………………..…………………..

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

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

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

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

* **W zakresie lekarskich badań kwalifikacyjnych do szczepień i podania szczepionki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Tytuł zawodowy/Posiadane specjalizacje** | **Czy posiadane kwalifikacje spełniają wymogi zawarte w pkt VI ogłoszenia (TAK/NIE)** | **Zakres zadań w ramach Programu** (lekarskie badanie kwalifikacyjne do szczepień/podanie szczepionki) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **W zakresie edukacji zdrowotnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Tytuł zawodowy/Posiadane specjalizacje** | **Czy posiadane kwalifikacje spełniają wymogi zawarte w pkt VI ogłoszenia (TAK/NIE)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Sposób wyliczenia** | **Wartość** |
| 1 | **Liczba osób**, którą Oferent zamierza zaszczepić w ramach Programu |  |  |
| 2 | **Koszt jednostkowy lekarskiego badania** kwalifikacyjnego do szczepienia u jednej osoby [zł] |  |  |
| 3 | **Koszt szczepienia** przeciwko HPV pierwszą dawką (wraz z kosztem szczepionki) u jednej osoby [zł] |  |  |
| 4 | **Koszt jednostkowy drugiego lekarskiego badania** kwalifikacyjnego do szczepienia u jednej osoby [zł] |  |  |
| 5 | **Koszt szczepienia przeciwko HPV** drugą dawką (wraz z kosztem szczepionki) u jednej osoby [zł] |  |  |
| 6 | **Koszt jednostkowy jednorazowej edukacji zdrowotnej** (zł) |  |  |
| 7 | **Koszt jednostkowy lekarskiego badania** kwalifikacyjnego do szczepienia, wyznaczonego w związku z czasowym przeciwskazaniem do szczepienia podczas wcześniejszej wizyty [zł] |  |  |
| 8 | **Koszt jednostkowy wykonania świadczenia** u jednego pacjenta tj. jednostkowy koszt lekarskiego badania kwalifikacyjnego do szczepienia (dwukrotnego) + jednostkowy koszt szczepienia - dwukrotnego (wraz z kosztem szczepionki) [zł] + jednostkowy koszt edukacji zdrowotnej | ad. 2 + ad. 3 + ad. 4 + ad. 5 + ad. 6 |  |
| 9 | **Koszt realizacji świadczeń** w ramach Programu;  liczba osób x koszt jednostkowy wykonania świadczenia u jednego pacjenta [zł] | ad. 1 x ad. 8 |  |
| 10 | **Liczba osób, która zostanie zakwalifikowana do lekarskiego 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% |  |
| 11 | **Koszt realizacji lekarskich badań kwalifikacyjnych do szczepienia w ramach Programu,** wyznaczonych w związku z czasowym przeciwskazaniem do szczepienia podczas wcześniejszej wizyty [zł] | ad. 10 x ad. 7 |  |
| 12 | **Całkowity koszt realizacji świadczeń** w ramach Programu, stanowiący koszt realizacji świadczeń w ramach Programu wraz z kosztami realizacji badań kwalifikacyjnych, wyznaczonych w związku z czasowym przeciwskazaniem do szczepienia podczas wcześniejszej wizyty [zł] | ad. 9 + ad. 11 |  |
| 13 | **Maksymalny koszt jednostkowy wykonania świadczenia u jednego pacjenta,** uwzględniający nadwyżkę przeznaczoną na realizację trzeciego badania lekarskiego kwalifikującego, wyznaczonego w związku z czasowym przeciwskazaniem do szczepienia [zł] | ad.12 : 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, 9 Regulaminu Komisja dokonując oceny ofert może zażądać złożenia wyjaśnień, w przypadku, gdy oferta będzie zawierała rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu konkursu.

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

* Miejsce realizacji Programu, (proszę podać dokładny adres)…………………………..... ……...........................................................................................................................................................................................................................................................................................
* Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu *(w przypadku spełnienia poniższego warunku - zaznaczyć „X”)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Szczepienie przeciwko HPV odbędzie się tego samego dnia po przeprowadzeniu każdorazowo badania kwalifikacyjnego do szczepienia. |
|  | 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: ………………...………………………………………..……………………………………………........

**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

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

**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 polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w latach 2022-2024” 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](http://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 2022 rok” należy dołączyć**:

**- załącznik nr 1**

1.1. Oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z treścią „Programu polityki zdrowotnej   
z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w latach 2022-2024” oraz ogłoszeniem o konkursie ofert na jego realizację.

1.2. Oświadczenie Oferenta, że wszystkie podane w Formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

1.3. Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

1.4. Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę   
o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

1.5. Oświadczenie Oferenta, że zadanie będzie realizowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisami o ochronie danych osobowych   
i ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym wymagań określonych w art. 6 Ustawy.

1.6. Oświadczenie Oferenta, że osoby wykazane w ofercie, jako realizujące przedmiot konkursu w ramach zadania wyraziły pisemną zgodę na realizację świadczeń w ramach Programu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).

1.7. Oświadczenie, że wskazany w ofercie personel medyczny będzie udzielał świadczeń w ramach Programu, w godzinach niepokrywających się z godzinami pracy w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

1.8**.** Oświadczenie Oferenta potwierdzające, że kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienionych w pkt IV formularza oferty są zgodne   
z wymogami konkursu.

- **załącznik nr 2** (w zależności od statusu prawnego Oferenta)

2.1. 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.

2.2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; https://ems.ms.gov.pl/).

2.3. 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.

2.4. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych   
upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

- **załącznik nr 3** – 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 1 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta**

Oferent oświadcza, że:

1.1. Zapoznał się z treścią „Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w latach 2022-2024” oraz ogłoszeniem o konkursie ofert na jego realizację.

1.2. Wszystkie podane w Formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

1.3. W stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

1.4. Nie byłem/nie byłam karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem karany/nie byłam karana za umyślne przestępstwo skarbowe.

1.5. Zadanie będzie realizowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,   
w szczególności przepisami o ochronie danych osobowych i ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym wymagań określonych w art. 6 Ustawy.

1.6. Osoby wykazane w ofercie, jako realizujące przedmiot konkursu w ramach zadania wyraziły pisemną zgodę na realizację Programu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).

1.7. Wskazany w ofercie personel medyczny będzie udzielał świadczeń w ramach Programu,   
w godzinach niepokrywających się z godzinami pracy w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

1.8 Kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienionych   
w pkt IV formularza oferty są zgodne w wymogami konkursu.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

………………………………………………………..

podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych

do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń   
 woli w jego imieniu