**………………… …………………….** (pieczęć Oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY**

**na realizację programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób w wieku 55-64 lat z przewlekłą chorobą płuc z terenu województwa łódzkiego”**

**Dane oferenta:**

Pełna nazwa oferenta ……………………….…………………………………………………

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

Dokładny adres (z kodem pocztowym): ………………………………………………………

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

Numer telefonu: ……………………………

Numer faksu: ……………………………

Adres email: ……………………………

Adres mailowy/ numer faksu Oferent powinien podać w celu umożliwienia Komisji Konkursowej doręczenia zawiadomień (zgodnie z Regulaminem prac Komisji Konkursowej).

**NIP** ……………………………

**REGON** ……………………………

**Termin realizacji Programu** (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć pole wyboru znakiem „X”)

od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2024 roku.

**Warunki dotyczące wyposażenia i warunki lokalowe** (zaznaczyć odpowiednie pole wyboru znakiem „X”)

zgodne z wymogami określonymi w ogłoszeniu

nie spełniają wymogów określonych w ogłoszeniu

**Wykaz personelu, który będzie realizował Program wraz z deklaracją oferenta w zakresie spełnienia wymogów w zakresie kwalifikacji i doświadczenia zawodowego tych osób.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Tytuł zawodowy/Posiadane specjalizacje** | **Czy posiadane kwalifikacje spełniają wymogi zawarte w ogłoszeniu (TAK/NIE)** | **Zakres obowiązków wynikający z realizacji Programu** (np. lekarskie badanie kwalifikacyjne /podanie szczepionki) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**W zakresie edukacji zdrowotnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Tytuł zawodowy/Posiadane specjalizacje** | **Czy posiadane kwalifikacje i doświadczenie spełniają wymogi zawarte w ogłoszeniu (TAK/NIE)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Kosztorys wykonania Programu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Planowana liczba osób objętych Programem** | **jednostka miary** | **koszty jednostkowe w zł** | **koszt ogółem w zł** |
| Badanie lekarskie kwalifikacyjne |  | badanie |  |  |
| Szczepienie (koszt szczepionki PCV13/PCV20 + podanie) |  | szczepienie |  |  |
| Edukacja zdrowotna wraz z działaniami promocyjno-informacyjnymi |  | edukacja z promocją |  |  |
| **KOSZTY RAZEM (zł)** | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **5 % planowanej liczby osób objętej programem** | **jednostka miary** | **koszty jednostkowe w zł** | **koszt ogółem w zł** |
| Powtórne badanie kwalifikacyjne – szacowane dla ok. 5% populacji docelowej |  | badanie |  |  |
| **KOSZTY RAZEM (zł)** | | | |  |

Program zakłada przeprowadzenie powtórnego badania kwalifikacyjnego do szczepienia w przypadku czasowego przeciwskazania lekarskiego. W przypadku braku osób,   
u których byłyby czasowe przeciwskazania pozostałaby pula wolnych środków, które Realizator mógłby przeznaczyć na włączenie do Programu dodatkowych osób   
(z zachowaniem pełnej ścieżki dla pacjenta, tj. badania kwalifikacyjne, szczepienie, edukacja zdrowotna).

Ceny podane w Programie nie są cenami oczekiwanymi, minimalnymi ani maksymalnymi służą jedynie do oceny efektywności programu. Natomiast ceny jednostkowe podane w kosztorysie Oferty stanowią kryterium merytoryczne i w przypadku zawarcia umowy z oferentem będą obowiązujące przez cały okres realizacji umowy.

**Łączny wnioskowany koszt (suma kosztów razem) ………………… zł**

**Dostępność do świadczeń w ramach Programu:**

Miejsce realizacji Programu (proszę podać dokładny adres) ……........................................................................................................................................................................................................................................................................................

W przypadku spełnienia poniższego warunku – zaznaczyć pole wyboru znakiem „X”

Realizacja świadczeń przynajmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, nie krócej niż do godziny 18.00.

Badanie kwalifikacyjne, szczepienie i edukacja zdrowotna odbędą się w tym samym dniu, zgodnie z Programem.

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

Osobiście: ……………………………………………………………………………………………

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

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

**Proszę o wpisanie dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał za realizację Programu (np. faktura):**

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

**Oświadczenie o wpisach do rejestrów (właściwe pole wyboru 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 (wpisać)……………………………………………,

pod numerem (wpisać numer) .…………………………………………,

praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez (wpisać)……………………………………………………,

pod numerem (wpisać) …………………………………………,

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem (wpisać numer) …………………………………….…….. .

nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (status aktywny)

nie dotyczy

**Opis dotyczący zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami).**

Wskazanie, w jaki sposób  w ramach realizacji Programu zapewniona będzie dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem koniecznych wymagań w zakresie:

1. dostępności architektonicznej (opisać):

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

2. dostępności informacyjno-komunikacyjnej (opisać):

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

3. dostępności cyfrowej (opisać):

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

W indywidualnym przypadku, jeśli podmiot nie jest w stanie zapewnić dostępności architektonicznej i/lub informacyjno-komunikacyjnej i/lub cyfrowej jest zobowiązany zapewnić dostęp alternatywny na podstawie art. 7 ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

**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, tel. 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl;
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych pisząc na adres e-mail: [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl) lub na adres siedziby Administratora;
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury konkursowej na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób w wieku 55-64 lat z przewlekłą chorobą płuc z terenu województwa łódzkiego” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz na etapie zawierania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) w celu realizacji umowy jeżeli Stroną umowy jest osoba fizyczna;
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, operatorzy pocztowi i kurierscy dostarczający korespondencje;
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:

* dostępu do swoich danych osobowych,
* sprostowania (poprawiania swoich danych), jeśli są błędne lub nieaktualne,
* usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO,
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 21 RODO,
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;

7) 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 należy dołączyć**:

**- załącznik nr 1**

1. Oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z treścią „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób w wieku 55-64 lat z przewlekłą chorobą płuc z terenu województwa łódzkiego” oraz ogłoszeniem o konkursie ofert na jego realizację.
2. Oświadczenie Oferenta, że wszystkie podane w Formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
4. Oświadczenie Oferenta, że Program będzie realizowany, 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 z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
5. Oświadczenie Oferenta, że personel wskazany w ofercie, jako realizujący przedmiot konkursu w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na realizację świadczeń w ramach Programu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).
6. Oświadczenie Oferenta potwierdzające, że kwalifikacje i doświadczenie osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienione w formularzu oferty są zgodne z wymogami konkursu.

- **załącznik nr 2 (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. W przypadku oferentów wpisanych do Krajowego Rejestru Sądowego należy dołączyć aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; <https://ems.ms.gov.pl/>).
3. W przypadku Oferentów wpisanych do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej można dołączyć wydruk ze strony internetowej CEIDG: <https://aplikacja.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search.aspx>, natomiast w przypadku niedołączenia wydruku, Komisja wygeneruje ze strony internetowej CEIDG potwierdzenie wpisu Oferenta do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. 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.
5. 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.

Kserokopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność   
z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczątkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń woli   
w jego imieniu.

Załącznik nr 1 do Formularza Oferty

**Oświadczenie Oferenta**

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób w wieku 55-64 lat z przewlekłą chorobą płuc z terenu województwa łódzkiego”” oraz ogłoszeniem o konkursie ofert na jego realizację.
2. Wszystkie podane w Formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. W stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
4. Program będzie realizowany, 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 z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
5. Personel wskazany w ofercie, jako realizujący przedmiot konkursu w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na realizację świadczeń w ramach Programu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).
6. Kwalifikacje i doświadczenie osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienione w formularzu oferty są zgodne z wymogami konkursu.

………………………………………………………..

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

do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń   
 woli w jego imieniu