**…………………….**

**(miejscowość i data)**

**FORMULARZ OFERTY**

na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego”

**Dane oferenta:**

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

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

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

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

Numer telefonu: ……………………………

Adres email: ……………………………

Adres mailowy 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 2027 roku.

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

☐ województwo łódzkie

**Warunki dotyczące personelu i warunków lokalowych** (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć pole wyboru znakiem „X”)

☐ dysponuję/zapewnię personel zgodny z wymogami ogłoszenia oraz warunki lokalowe umożliwiającą prawidłową realizację Programu, zgodne z ogłoszeniem.

**Potencjał Oferenta do realizacji Programu**

**Lokalowy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **interwencje** | **Określić potencjał lokalowy Oferenta**  Wpisać „dysponuje” lub „zapewni”  Jeśli wpisano „dysponuje” to podać adres miejsca realizacji interwencji. |
| konsultacje lekarskie + edukacja |  |
| porady dietetyczne + edukacja |  |
| wsparcie psychologiczne |  |
| zajęcia aktywności fizycznej + edukacja |  |

**Kadrowy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personel realizujący Program** | **Określić potencjał kadrowy Oferenta.**  Wpisać „dysponuje” lub „zapewni”  Jeśli wpisano „dysponuje” to podać kwalifikacje personelu, staż pracy (jeśli dotyczy) |
| W zakresie konsultacji lekarskich |  |
| W zakresie porad dietetycznych |  |
| W zakresie wsparcia psychologicznego |  |
| W zakresie zajęć aktywności fizycznej |  |

**Dostępność do świadczeń realizowanych w ramach Programu** (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć pole wyboru znakiem „X”)

☐ Oferent zapewni ścieżkę pacjenta, zgodnie z Programem z uwzględnieniem harmonogramu rekrutacji i realizacji Programu. W roku 2025 do Programu zostaną włączone dzieci z nadwagą lub otyłością urodzone w 2015 roku; interwencje u dzieci z tego rocznika będą prowadzone w latach 2025-2026. W roku 2026 zostaną włączone do Programu dzieci z nadwagą lub otyłością urodzone w 2016 roku; interwencje u dzieci z tego rocznika będą prowadzone w latach 2026-2027.

**Liczebność dzieci włączonych do Programu** (bez uwzględniania 2% dzieci, u których mogą być przeciwwskazania)

* Szacowana liczba dzieci planowana do włączenia w 2025 r. …. (wpisać liczbę)
* Szacowana liczba planowana do włączenia w 2026 r. …..(wpisać liczbę)

**Kosztorys na lata 2025-2027:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie \*** | **planowana liczba dzieci** | **planowana liczba interwencji** | **koszty jednostkowe w zł** | **Koszt programu w latach 2025-2027** |
| Pierwsza konsultacja lekarska kwalifikacyjna + edukacja zdrowotna\* (planowana liczba dzieci włączonych do Programu+ 2% dzieci, u których mogą być przeciwwskazania – jeśli z kalkulacji wyjdzie, że jest powyżej 0,5 osoby to zaokrąglamy do 1 dziecka; gdy poniżej 0,5 osoby – wtedy nie uwzględniamy 2%) | ………….  (wpisać planowaną liczbę dzieci włączonych do Programu+2%) | 1 |  |  |
| Konsultacje lekarskie (2 pozostałe) + edukacja zdrowotna |  | 2 |  |  |
| Pierwsza porada dietetyczna + edukacja zdrowotna+ indywidualny plan żywieniowy |  | 1 |  |  |
| Porady dietetyczne kontrolne z elementami edukacji zdrowotnej |  | 10 |  |  |
| Ostatnia konsultacja dietetyczna z wydaniem zaleceń |  | 1 |  |  |
| Wsparcie psychologiczne |  | 4 |  |  |
| Indywidualne zajęcia aktywności fizycznej + edukacja zdrowotna |  | 7 |  |  |
| Razem | | 26 |  |  |

**\***szczegółowy opis poszczególnych interwencji określaProgram

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.

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

Osobiście (wpisać adres): ……………………………………………………………………

Telefonicznie (wpisać numer telefonu): …………………………………………………….

**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

**Oświadczenia dla osób prowadzących praktykę zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i/lub prowadzących działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej:**

Oświadczam, że moje dane:

☐ nie są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym, o którym mowa w art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich,

☐ nie są zamieszczone w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze, o którym mowa w art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich,

☐ nie są zamieszczone w rejestrach karnych państw w których zamieszkiwałam/em w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, o których mowa w art. 21 ust. 4-7 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

**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](mailto: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 lub na adres siedziby Administratora;
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury konkursowej na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci z terenu województwa łódzkiego” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) i c) RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w związku z art. 21 ust. 2 - 7 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich oraz na etapie zawierania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) oraz art. 21 ust. 2 - 7 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, w celu realizacji umowy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO w związku z art. 21 ust. 2 - 7 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich;
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, operatorzy pocztowi i kurierscy dostarczający korespondencje, inne organy lub podmioty uprawnione do uzyskania takich informacji na podstawie przepisów prawa;
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 polityki zdrowotnej w zakresie nadwagi i otyłości u dzieci 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 pozyska pisemne zgody od personelu realizującego Program na realizację świadczeń w ramach Programu (zgody będą w dyspozycji Oferenta).
6. Oświadczenie Oferenta, o zobowiązaniu się do przestrzegania ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, a w szczególności art. 21 tej ustawy.
7. Oświadczenie Oferenta, że jako organizator działalności medycznej wprowadził standardy ochrony małoletnich, stosownie do art. 22b ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
8. Oświadczenie Oferenta, że zagwarantuje uczestnikom bezpieczny udział w działaniu.

- 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; 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 polityki zdrowotnej w zakresie nadwagi i otyłości u dzieci 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. Zobowiązuję się do pozyskania pisemnych zgód od personelu realizującego Program na realizację świadczeń w ramach Programu.
6. Zobowiązuję się do przestrzegania ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, a w szczególności art. 21 tej ustawy.
7. Jako organizator działalności medycznej wprowadziłem standardy ochrony małoletnich, stosownie do art. 22b ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
8. Zagwarantuje uczestnikom bezpieczny udział w zadaniu.

………………………………………………………..

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

do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń

woli w jego imieniu