**…………………….**

 **(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;
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