

.....  
(pieczęć oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.....  
(nazwa programu)

w okresie od ..... do .....

**I. Dane na temat oferenta:**

1. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....  
(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

2. Dokładny adres:

.....  
(ulica, miejscowość, województwo)

Tel. .... FAX. ....

E-mail ..... http:// .....

3. Forma prawna: .....

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z podaniem organu prowadzącego rejestr:

.....  
5. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji:

.....  
6. NIP: .....

7. REGON .....

8. Nazwa banku i numer rachunku:

.....  
9. Imiona i nazwiska osób uprawnionych do podpisywania umowy na realizację programu polityki zdrowotnej:

.....  
10. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty – koordynator projektu:

.....  
(imię i nazwisko, stanowisko/funkcja, **bezpośredni** telefon kontaktowy, **bezpośredni** adres e-mail)

**11. Wynik finansowy za rok ubiegły:**

.....  
.....  
.....

**II. Data sporządzenia oferty:**

.....

**III. REALIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ:**

**1. Zakres realizacji programu polityki zdrowotnej:**

(m.in. populacja osób, którą realizator planuje objąć programem (wiek/rocznik), liczba osób, które zostaną objęte programem przez realizatora, rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, rodzaj zastosowanej szczepionki,)

**2. Sposób organizacji kampanii informacyjno – promocyjnej, edukacji zdrowotnej, sposób pozyskiwania/rejestracji beneficjentów w programie**

(rodzaj działań- np.: plakaty, ulotki, publikacja w prasie, na stronie internetowej, wraz z podaniem **miejsca** i **szacunkowej liczby**, scenariusz przeprowadzenia spotkania z rodzicami/opiekunami prawnymi i młodzieżą)

**1. Kampania informacyjno-promocyjna:**  
.....

**2. Pozyskiwanie, rejestracja beneficjentów**  
.....

**3. Edukacja zdrowotna:**  
.....

**3. Dane personelu odpowiedzialnego za realizację programu:**

Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji programu	Numer Prawa Wykonywania Zawodu

**4. Miejsce realizacji programu:**

(nazwa i adres, z podziałem na edukację zdrowotną i przeprowadzenie szczepień)

--

**5. Harmonogram planowanych działań z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia**

(należy uwzględnić i wyodrębnić: akcję promocyjno – informacyjną, edukację zdrowotną, przeprowadzenie kwalifikacji i szczepień)

Nazwa działania	Data (okres realizacji)

**5. Doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej.**

(należy uwzględnić okres ich realizacji oraz wskazać, które realizowane były z administracją publiczną – z ostatnich 3 lat)

--

**6. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji programu.**

(jeżeli dotyczy)

--

**V. Koszty**

**1. Kalkulacja kosztów realizacji programu polityki zdrowotnej:**

Lp.	Grupa kosztów	Rodzaj kosztów	Koszt (zł)	Udział grup kosztów w realizacji całego programu polityki zdrowotnej (%)
1.	Akcja informacyjno	np. informacja w prasie, telewizji, inne		
2.	- promocyjna	druk plakatów oraz ich dystrybucja		
3.	Edukacja	materiały edukacyjne		
4.	zdrowotna	edukacja zdrowotna		
5.	Realizacja szczepienia	zakup szczepionek <b>9 - walentnych</b>		
6.		badania kwalifikacyjne		
7.		wykonanie szczepień (w tym m.in.: materiały jednorazowego użytku)		
8.	Pozostałe	administracyjno - techniczne <u>nie więcej niż 1,75% wartości oferty</u>		
<b>RAZEM</b>				<b>100 %</b>

**2. Szczepionka 9-walentna**

Całkowita kwota za podanie **pojedynczej** dawki szczepionki: .....zł/osobę

(wyliczone na podstawie: szczepionka + badanie kwalifikacyjne + wykonanie szczepienia + materiały jednorazowego użytku/ilość dawek)

**Załączniki :**

- **kserokopia polisy ubezpieczenia** od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym programem,
- **oświadczenie** potwierdzające, że na dzień składania oferty spełniane są warunki określone w art. 18 i 19 ustawy o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.), w przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk zawodowych,
- **oświadczenie**, że osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w podmiocie leczniczym (pracujące dla podmiotu leczniczego), uczestniczące w realizacji programu polityki spełniają wymogi i posiadają kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r., poz. 790 z późn. zm.), ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r., poz. 551 z późn. zm.) oraz przepisach odrębnych,
- **oświadczenie** o dysponowaniu odpowiednimi i wystarczającymi wyrobami medycznymi oraz odpowiednimi warunkami do przeprowadzenia programu polityki zdrowotnej,
- **oświadczenie stanowiące załącznik Nr 1 do formularza ofertowego** na realizację programu polityki zdrowotnej,
- **informacja merytoryczno-finansowa** w zakresie działalności placówki,
- **kserokopia statutu** (jeżeli dotyczy).
- **oświadczenie o dostępności stanowiące załącznik Nr 2 do formularza ofertowego** na realizację programu polityki zdrowotnej,

**Kopie dokumentów składane przez oferentów muszą posiadać adnotację: „za zgodność z oryginałem” oraz pieczętę, datę, i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu.**

**Oświadczenie:**

1. Przystępując do konkursu na realizację programu polityki zdrowotnej w Mysłowicach oświadczamy, że zapoznaliśmy się z:
  - ogłoszeniem o ww. konkursie ofert z zaproszeniem do składania ofert,
  - przedmiotem i szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu,
  - oraz nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
  
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 60 dni od terminu złożenia oferty wskazanej w ogłoszeniu o konkursie.
  
3. Oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego.

.....

(podpis osoby upoważnionej oferenta)

.....  
(pieczęć oferenta)

.....  
(miejsce i data)

**Oświadczenie o spełnieniu wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom  
ze szczególnymi potrzebami**

.....  
(nazwa i adres Oferenta)

Oświadczam, że w zakresie realizowania programu, przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej będę spełniał warunki służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019r. O zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tj. Dz.U z 2020r. Poz. 1062 z późn. zm.).

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)