

Załącznik do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2019 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie koordynacji programu

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

„Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie koordynacji programu

I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

4. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny Regon:

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

8. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

10. Miejsce realizacji programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

--

11. Osoby realizujące program :

Koordynator programu (kwalifikacje, doświadczenie w koordynowaniu programów zdrowotnych i promocji zdrowia, forma współpracy z Oferentem)	
Osoby opracowujące materiały edukacyjne i informacyjne (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Osoby prowadzące szkolenia (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Obsługa administracyjna (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	

Wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu oraz środki transportu i łączności:

--

II. Informacje o programie

1. Planowana liczba uczestników programu:

3 392

Zakładany % wykonania programu:

--

2. Opis i harmonogram poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu:

--

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.

1. Przewidywane koszty zadania

I.p.	Rodzaj kosztów	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)
1.	Materiały edukacyjne i informacyjne (opracowanie, projekt graficzny, druk): - plakaty (B2 - 480x 690mm) - ulotki (A4 - 210x297mm) - kwestionariusz uczestnika programu - informacja o wyniku badania przesiewowego - ankieta satysfakcji pacjenta - inne działania edukacyjno-informacyjne			szt.	
2.	Szkolenia dla beneficjentów programu			szkolenie	
3.	Koszty nadzoru merytorycznego nad realizacją programu (np. delegacje, sprawozdawczość, kontakty z realizatorami i jst, raport końcowy itp.)				
4.	Koszty administracyjne (obsługa szkoleń, obsługa strony internetowej, obsługa księgową, zakup materiałów biurowych, wysyłka materiałów edukacyjnych i informacyjnych, koszty telefonu)				
5.	Ogółem:				

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne koordynowane przez Oferenta w latach 2016-2018 (realizowane z NFZ, MZ, ze środków jst, ze środków unijnych) - nazwa programu, termin realizacji, zleceniodawca programu	
----	--	--

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz załącznikami do ww. ogłoszenia,
2. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
3. osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
4. spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 lub odpowiednio art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 poz. 2190, 2219),
5. wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych,
6. jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie byłam/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z środkami publicznymi oraz nie byłam/em skazana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
7. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
8. podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
9. kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan aktualny).
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS lub kopię zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kopię statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną, np. kopię umowy spółki).
4. Kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu.
5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
3. Załączniki przedstawione przez Oferenta, stanowiące składowe części oferty, powinny być ponumerowane.
4. Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów ośrodka.