**FORMULARZ OFERTOWY  
dotyczący realizacji "Gminnego Programu profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia przeciwko HPV na lata 2022 -2024"**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | | |
| **Pełna nazwa podmiotu**  **składającego ofertę** |  | |
| **Dokładny adres**  ulica/nr  miejscowość/kod pocztowy  telefon/fax |  | |
| **Adres e-mail** |  | |
| **Forma prawna** |  | |
| **Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta**  (nazwisko i imię,  tel. kontaktowy, e-mail) |  | |
| **Organ założycielski lub właściciel** |  | |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada)** |  | |
| **NIP** |  | |
| **REGON** |  | |
| **Nazwa banku**  **i numer rachunku bankowego** |  | |
| **Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty**  (imię, nazwisko, tel. kontaktowy, adres e-mail) |  | |
| **Deklarowany okres realizacji Programu** | **Od** | **Do** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU** | | |
| 1. | **Zapraszanie/rekrutacja dziewcząt do Programu** |  |
| 2. | **Organizacja Programu** |  |
| 3. | **Interwencje podejmowane w ramach Programu** |  |
| 4. | **Dostępność usług realizowanych w ramach Programu** |  |
| 5. | **Monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. CAŁKOWITA KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU** | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/towaru/**  **świadczenia** | **Liczba/rodzaj** | **Całkowity koszt jednostkowy**  **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)** |
| **Rok 2021** | **Rok 2022** | **Rok 2023** |
| **1.\*** | Przeprowadzenie zajęć i spotkań edukacyjno-informacyjnych dla uczniów, rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli w szkole |  |  |  |  |  |
| **2.\*** | Szczepienia ochronne:  a) schemat 2-dawkowy dla dziewcząt 14-letnich  b) schemat 3-dawkowy dla dziewcząt 15-18-letnich |  |  |  |  |  |
| **3.\*** | Inne koszty niezbędne do realizacji Programu – promocja, ulotki, materiały informacyjne |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | |  |  |  |  |
|  | | **CENA OFERTY OGÓŁEM:** | | | | |

*\* Rodzaje kosztów w pozycjach 1-3 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w Uchwale Nr LI/364/2022 Rady Gminy Jerzmanowa z dnia 27 kwietnia 2022 r.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. DOŚWIADCZENIE OFERENTA** | | | |
| **1.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu | | |
| *Nazwa programu* | | *Organ administracji rządowej lub samorządowej* | *Rok realizacji* |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |
| --- |
| **V. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY OFERTY** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. OŚWIADCZENIA OFERENTA** | |
| 1. | Oświadczam, że kwalifikacje osób, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego.  ………………………., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 2. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada lokal niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.  ………………….., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 3. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.  ………………….., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 4. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.  ………………….., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 5. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę i realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców.  ………………….., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 6. | Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.  ……………, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 7. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze Zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.  …………., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 8. | Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia  …………………., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 9. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).  ……………… dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 10. | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapoznał się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny Program profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienie przeciwko HPV na lata 2022 -2024”.  ………………………, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 11. | Składając ofertę w konkursie ofert na: „Gminny Program profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienie przeciwko HPV na lata 2022 -2024”  Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zapytania ofertowego, w niniejszym postępowaniu.  ………………….., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| 12. | Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.  ………………….., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |

**Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:**

1) zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy);

2) zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);

3) statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu);

4) dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

5) dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);

6) zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);

Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS**  **osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta**  **W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców** |
|  |  |  |