

FORMULARZ OFERTOWY

Otwarty konkurs ofert na wybór realizatora programu profilaktyki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki boreliozy w Powiecie Trzebnickim na lata 2024 – 2025”

1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta:.....
Adres:
Forma prawna:
REGON:
NIP:
Imię i nazwisko osoby do kontaktu:.....
Nr telefonu kontaktowego:.....
Adres e-mail:
Adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP):.....
Nr rachunku bankowego:¹
Nazwa organu rejestrowego:.....
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej

2. Dane partnera (jeżeli dotyczy)²

Nazwa partnera:.....
Adres:
Forma prawna:
REGON:
NIP:
Nazwa organu rejestrowego:.....
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej:.....

¹ Numer rachunku bankowego musi widnieć w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT - <https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka>. Jeśli podmiot nie ma obowiązku zgłoszenia do ww. rejestru, należy wskazać podstawę prawną. Dopuszcza się złożenie oświadczenia, że w przypadku wyboru Oferenta podany numer rachunku bankowego zostanie zgłoszony do ww. rejestru;

² W przypadku gdy oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. W takim przypadku do oferty powinna także zostać załączona umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony. W przypadku złożenia oferty w partnerstwie, świadczenia zdrowotne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

3. Kalkulacja kosztów realizacji projektu w latach 2024-2025

Koszty jednostkowe poszczególnych elementów przewidzianych w programie nie mogą być wyższe niż koszty wskazane w programie.

Lp.	Rodzaj interwencji	Liczba jednostek (np. godzin,)	Koszt jednostkowy (zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (zł)
I. Koszty merytoryczne					
1.	Szkolenie dla personelu medycznego	1		Zadanie	
2.	Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	200		Osoba	
3.	Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	200		Osoba	
4.	Pobranie materiału do badania oraz testy potwierdzające (techniką Western blot)	50		Osoba	
5.	Lekarska wizyta kontrolna	50		Osoba	
II. Koszty obsługi zadania, w tym koszty administracyjne					
1.	Akcja informacyjno-edukacyjna	1		Zadanie	
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	1		Zadanie	
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	1		Zadanie	
4.	Monitoring i ewaluacja	1		Zadanie	
OGÓLEM:					

Całkowity koszt programu w (suma kosztów merytorycznych i obsługi zadania)

.....

4. Kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu (należy wpisać TAK/NIE)

Lp.	Działanie	Personel medyczny (zasoby kadrowe i kompetencje osób zapewniających realizację programu)	Czy podmiot posiada wymieniony personel medyczny? (TAK/NIE)
1.	Szkolenie personelu medycznego	zapewnienie prowadzenia szkolenia dla personelu medycznego przez lekarza, który posiada doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy (ekspert), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu	
2.	Działania informacyjno-edukacyjne	zapewnienie prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ)	
3.	Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: pielęgniarki, lekarzy, diagnostów laboratoryjnych	
4.	Lekarska wizyta kontrolna	zapewnienie realizacji wizyt lekarskich w programie przez lekarza, który posiada doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy lub lekarza po ukończeniu szkolenia prowadzonego przez eksperta w ramach PPZ	

5. Harmonogram świadczeń realizowanych w ramach programu

Oferent zobowiązuje się udzielać świadczeń w następujących dniach i godzinach³:

	Godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń	Godzina zakończenia udzielania świadczeń
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.....

6. Opis kwalifikacji zawodowych lekarza szkolącego personel medyczny:

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

7. Opis organizacji kampanii informacyjnej, w tym planowanych form przekazu (media społecznościowe, stworzenie i prowadzenie strony internetowej programu, projekt, wydruk, kolportaż ulotek, plakatów – z podaniem ich ilości):

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

8. Opis doświadczenia w realizacji programów polityki zdrowotnej w latach 2020-2023:

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

³ Dostępność do świadczeń w ramach programu powinna być zapewniona na terenie powiatu trzebnickiego przez co najmniej 5 dni w tygodniu..

9. Zapewnienie dostępności do świadczeń dla mieszkańców powiatu trzebnickiego:⁴

Deklarowany minimalny udział dorosłych mieszkańców Powiatu Trzebnickiego	
---	--

10. Oświadczenia Oferenta:

- 1) Oświadczam, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji programu, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.
- 2) Oświadczam, że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
- 3) Oświadczam, że nie byłam/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłam/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 4) Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.
- 5) Oświadczam, że Oferent posiada sprzęt i aparaturę medyczną o minimalnych wymaganiach i w ilości wskazanej w programie. Oświadczam, że sprzęt spełnia wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiada niezbędne certyfikaty.
- 6) Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych w programie.
- 7) Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
- 8) Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie.
- 9) Oświadczam, że Oferent nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- 10) Oświadczam, że Oferent 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.

Lista załączników:

- umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony, w przypadku złożenia oferty w partnerstwie (jeśli dotyczy) z określeniem podziału zadań lub zakresu realizacji programu przez poszczególne strony,
- pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę – w przypadku, gdy oferta nie zostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie,
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy);
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
- dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- kopia polisy ubezpieczeniowej OC,

.....
(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)

⁴ Oferent wypełnia tylko w przypadku deklaracji zapewnienia dostępności do świadczeń w określonym wymiarze.