

Załącznik nr 3 do ogłoszenia konkursu ofert na wybór
w 2019 roku realizatora programu polityki zdrowotnej
pn. „Program zapobiegania upadkom dla seniorów
w województwie kujawsko-pomorskim”
w zakresie koordynacji programu

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

„Program zapobiegania upadkom dla seniorów 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 i e-mail do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

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

--

11. Osoby realizujące program :

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

12. Wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu (np. sprzęt komputerowy) oraz środki transportu i łączności:

--

II. Informacje o programie

1.

Planowana liczba uczestników programu:

995

Zakładany % wykonania programu:

--

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

Lp.	Nazwa działania	Planowany termin realizacji
1.		
2.		
3.		
4.		
...		

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.	Szkolenie trenerów (wynagrodzenie wykładowców, wynajem Sali wykładowej wraz z wyposażeniem multimedialnym, przygotowanie materiałów szkoleniowych, poczęstunek itp.)	1		szkolenie	

2.	Edukacja uczestników programu w tym: a) edukacja bezpośrednia (jedno szkolenie na samorząd- wynagrodzenie szkoleniowców, przerwa kawowa, materiały edukacyjne) b) prowadzenie strony internetowej dot. realizowanego Programu	23		szkolenie strona internetowa	
3.	Badania: a) kwalifikacyjne do programu b) badania kontrolne (tj. badania ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) - wycena badań na osobę*	995 995		badanie badanie	
4.	Opracowanie i przygotowanie formularza wyników (wersja papierowa i/lub elektroniczna)				
5.	Promocja programu - opracowanie, projekt graficzny, wydruk (plakaty, ulotki, banery, spoty reklamowe, radiowe itp.)				
6.	Zakup drobnego sprzętu do ćwiczeń (np. piłki, taśmy rehabilitacyjne, hantle, skakanki itp.)				
7.	Koszty nadzoru merytorycznego nad realizacją programu – koordynacja (wydruk i przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta, analiza ankiet, delegacje, sprawozdawczość, kontakty z realizatorami i jst, raport końcowy itp.)				
8.	Koszty administracyjne (obsługa szkoleń, badań, obsługa księgową, zakup materiałów biurowych, wysyłka materiałów edukacyjnych i informacyjnych, koszty telefonu itp.)				
	Ogółem:				

* podstawą do rozliczenia badań będą zakodowane listy osób przebadanych

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne koordynowane przez oferenta w latach 2016-2018 finansowane ze środków NFZ, MZ, 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 r. poz. 160)
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 pieczętka osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopię wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską lub kopię rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia (dotyczy jednostek badawczo – rozwojowych itp.).
2. kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie 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 placówki.