

**Załącznik nr 2** do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2019 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV)

.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

## FORMULARZ OFERTOWY

**„Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”  
w zakresie przeprowadzania badań diagnostycznych krwi (w kierunku HBsAg i na obecność przeciwciał anty-HCV)**

**dla mieszkańców samorządu .....**

### ***1. 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

--

11. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

diagnosta laboratoryjny  (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
technik analityki medycznej  (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	

12. Wyposażenie laboratorium:

--

13. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu oraz środki transportu i łączności:

--

## II. Informacje o programie

1. Planowana liczba uczestników programu zgodnie z załącznikiem nr 1 do ogłoszenia:

--

2. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych, informacje dot. możliwości pobierania krwi na terenie danego samorząd:

--

## III. Plan finansowy – Przewidywane koszty zadania

I.p.	Świadczenie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)
1.	Przeprowadzenie badań diagnostycznych krwi w kierunku HBsAg*			badanie	
2.	Przeprowadzenie badań diagnostycznych krwi na obecność przeciwciał anty-HCV*			badanie	
2.	Ogółem:				

\* W ramach przeprowadzania badań diagnostycznych krwi Oferent zobowiązany jest do wypełnienia kwestionariusza uczestnika i formularza dot wyniku badania.

#### IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne realizowane przez Oferenta w latach 2016-2018 (realizowane z NFZ, MZ, ze środków jst, ze środków unijnych) - nazwa programu, termin realizacji, zleceniodawca programu	
2.	Frekwencja w % (liczba uczestników w stosunku do zawartej umowy) w programach realizowanych przez Oferenta ze środków jst - średnia z lat 2016-2018	

#### 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) – przynajmniej pierwsza strona oraz strony potwierdzające posiadanie w strukturach laboratorium).
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 placówki.

**ZGODA**  
**na przetwarzanie danych osobowych udzielana przez osobę, której dane dotyczą**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych:  
Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu  
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:  
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie w celu:

- realizacji przez Administratora konkursów ofert na realizację „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”, w tym przygotowania lub weryfikacji dokumentacji wynikającej z udziału podmiotu w konkursie (np. pism informacyjnych, oferty, korekty, umowy, aneksów do umowy, sprawozdań miesięcznych, sprawozdania z realizacji zadania publicznego);
- przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania publicznego realizowanego w ramach „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”;
- przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”;
- prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”;
- wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” .

Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą, a także, że zostałem(am) poinformowany(a) na temat warunków przetwarzania moich danych osobowych.

Toruń, ..... r.

.....  
(podpis osoby, której dane dotyczą)

**INFORMACJA**  
**w związku z przetwarzaniem danych osobowych osoby, której dane dotyczą**

Administrator danych osobowych uprzejmie informuje, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu  
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:  
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego
- 2) Urząd działa przez przedstawicieli administratora danych osobowych, zgodnie ze strukturą organizacyjną;
- 3) W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych proszę kontaktować się z inspektorem ochrony danych – [iod@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl);
- 4) Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
  - realizacji przez Administratora konkursów ofert na realizację „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”, w tym przygotowania lub weryfikacji dokumentacji wynikającej z udziału podmiotu w konkursie (np. pism informacyjnych, oferty, korekty, umowy, aneksów do umowy, sprawozdań miesięcznych, sprawozdania z realizacji zadania publicznego);
  - przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania publicznego realizowanego w ramach „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”;
  - przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”;
  - prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim”;
  - wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” .
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą lub mogą być przekazywane wyłącznie do podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, porozumienia o współadministrowaniu lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
- 6) Podawane dane będą przechowywane w Urzędzie przez okres ustalony na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67 z późn. zm.);
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich sprostowania, usunięcia, a także do ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli taka zgoda była konieczna do rozpoczęcia czynności przetwarzania, jednakże po zawarciu umowy dane osobowe zostaną usunięte z uwzględnieniem upływu okresu, o którym mowa w pkt 6 niniejszej informacji;
- 10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne lub konieczne – w przypadku ich niepodania zobowiązanie Urzędu wobec Pani/Pana nie zostanie zrealizowane;
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 12) Urząd nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Niniejszą zgodę wraz z informacją przygotowano w dwóch egzemplarzach, jednym dla Urzędu, drugim dla osoby, której dane dotyczą.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:

Toruń, ..... r.

.....  
(podpis osoby, której dane dotyczą)