

Załącznik nr 2 do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2020 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej” w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych (usg aorty brzusznej)

.....
pieczętka firmowa Oferenta)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej” - przeprowadzanie badań przesiewowych (USG aorty brzusznej)

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, e-mail 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 medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

Lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Lekarz z certyfikatem umiejętności dodatkowej w zakresie ultrasonografii (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	

12. Wyposażenie gabinetu ultrasonograficznego:

--

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

--

II. Informacje o programie

1. Planowana liczba uczestników programu:

--

2. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów w gabinecie ultrasonograficznym, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych:

--

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów.

1. Przewidywane koszty zadania

I.p.	Świadczenie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)	z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (kwota brutto w zł)	z tego z finansowych środków własnych (kwota brutto w zł)
1.	Badanie przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej - usg aorty brzusznej, z określeniem średnicy aorty, udzieleniem porady lekarskiej oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania, wypełnieniem kwestionariusza uczestnika programu oraz informacji o wyniku badania, przekazaniem ankiety satysfakcji pacjenta			badanie			
2.	Ogółem:						

2. Przewidywane źródła finansowania zadania

1.	Wnioskowana kwota dotacji zł%
2.	Środki finansowe własne zł%
3.	Ogółem zł	100 %

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne realizowane przez Oferenta w latach 2017-2019 (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 r. 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.
8. Zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją w związku z przetwarzaniem danych osobowych (według wzoru załączonego do formularza ofertowego).

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 konkursu ofert na realizację „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”, w tym przygotowania lub weryfikacji dokumentacji wynikającej z udziału podmiotu w konkursie (np. pism informacyjnych, oferty, korekty, umowy, aneksu do umowy, sprawozdań miesięcznych, sprawozdania z realizacji zadania publicznego);
- przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania publicznego realizowanego w ramach „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”;
- przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”;
- wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”;
- prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”.

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 (ADO) 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;

4) Dane osobowe będą przetwarzane w celu:

realizacji przez Administratora konkursu ofert na realizację „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”, w tym przygotowania lub weryfikacji dokumentacji wynikającej z udziału podmiotu w konkursie (np. pism informacyjnych, oferty, korekty, umowy, aneksu do umowy, sprawozdań miesięcznych, sprawozdania z realizacji zadania publicznego);

przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania publicznego realizowanego w ramach „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”;

przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”;

wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”;

prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”.

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)