

**Załącznik nr 3** do ogłoszenia konkursu ofert na wybór  
w 2020 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 :

Koordynator 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:

944

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

2.	<b>Edukacja uczestników programu</b> 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.	<b>Badania:</b> <b>a) kwalifikacyjne do programu</b> <b>b) badania kontrolne</b>  (tj. badania ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) - wycena badań na osobę*	944 944		badanie badanie	
4.	<b>Opracowanie i przygotowanie formularza wyników</b> (wersja papierowa i/lub elektroniczna)				
5.	<b>Promocja programu</b> - opracowanie, projekt graficzny, wydruk (plakaty, ulotki, banery, spoty reklamowe, radiowe itp.)				
6.	<b>Zakup drobnego sprzętu do ćwiczeń</b> (np. piłki, taśmy rehabilitacyjne, hantle, skakanki itp.)				
7.	<b>Koszty nadzoru merytorycznego nad realizacją programu – koordynacja</b> (wydruk i przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta, analiza ankiet, delegacje, sprawozdawczość, kontakty z realizatorami i jst, raport końcowy itp.)				
8.	<b>Koszty administracyjne</b> (obsługa szkoleń, badań, obsługa księgową, zakup materiałów biurowych, wysyłka materiałów edukacyjnych i informacyjnych, koszty telefonu itp.)				
	<b>Ogółem:</b>				

\* podstawą do rozliczenia badań będą zakodowane listy osób przebadanych

#### IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne koordynowane przez oferenta w latach 2017-2019 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.
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 poświadczane 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 „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”, 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 „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”;
- przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”;
- wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”;
- prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów 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 (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](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl);

4) Dane osobowe będą przetwarzane w celu:

realizacji przez Administratora konkursu ofert na realizację „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”, 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 „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”;

przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”;

wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”;

prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów 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 wpływu 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)