

*Załącznik nr 1* do ogłoszenia konkursu ofert na wybór w 2017 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” w zakresie koordynacji programu

.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom 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 do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

10. Miejsce realizacji 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 materiały edukacyjne i informacyjne (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Osoby prowadzące szkolenie (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Obsługa administracyjna (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	

12. Wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu oraz środki transportu i łączności:

--

## II. Informacje o programie

1.

Planowana liczba uczestników programu:

744

Zakładany % wykonania programu:

2. Opis poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu:

--

## 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)	z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (kwota brutto w zł)	z tego z finansowych środków własnych (kwota brutto w zł)
1.	Materiały edukacyjne i informacyjne:  - plakaty (B2 - 480x 690mm) - ulotki (A4 - 210x297mm)  - zaświadczenie o przeprowadzonym szczepieniu - oświadczenie rodzica/ opiekuna prawnego o zameldowaniu dziecka wraz ze zgodą rodzica na udział dziecka w szczepieniu - inne działania edukacyjno-informacyjne			szt.			
2.	Szkolenie dla lekarzy i pielęgniarek			szkolenie			
3.	Koszty koordynacji (np. delegacje, nadzór merytoryczny nad realizacją programu, organizowanie szkolenia, obsługa administracyjna)						
5.	<b>Ogółem:</b>						

## 2. Przewidywane źródła finansowania zadania

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

## IV. Informacje dodatkowe.

1.	Doświadczenie Oferenta w koordynacji programów zdrowotnych i promocji zdrowia, (rodzaje programów, 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. wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta

## Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujący działalność leczniczą, 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 ewidencji 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. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.

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 ośrodka.