Załącznik nr 3 do ogłoszenia w sprawie uzupełniającego konkursu ofert na wybór w 2018 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej”

w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych   
(usg aorty brzusznej)

................................................. ....................................................

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

### FORMULARZ OFERTOWY

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

**dla mieszkańców samorządu ………………………………..**

***I. Dane dotyczące Oferenta***

1. Pełna nazwa Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

1. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji działalności gospodarczej:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny NIP:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny Regon:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. 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) |  |

1. Wyposażenie gabinetu ultrasonograficznego:

|  |
| --- |
|  |

1. 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:

|  |
| --- |
|  |

1. 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***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.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. | Doświadczenie Oferenta w realizacji programów profilaktyki chorób 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. 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. 160 z późn. zm.).
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 pieczątka 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. zgodę na przetwarzanie danych osobowych udzielaną przez osobę, której dane dotyczą,
9. informację w związku z przetwarzaniem danych osobowych osoby, której dane dotyczą.

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 programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej” w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych w 2018 r.

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.

1. Urząd działa przez przedstawicieli administratora danych osobowych, zgodnie ze strukturą organizacyjną;
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych proszę kontaktować się z inspektorem ochrony danych – [iod@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl);
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej” w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych w 2018 r.;
4. 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;
5. 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.);
6. 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;
7. Posiada Pani/Pan prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
8. 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;
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne – w przypadku ich niepodania zobowiązanie Urzędu wobec Pani/Pana nie zostanie zrealizowane;
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Urząd nie zamierza przekazywania Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:

Toruń, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . r. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(podpis osoby, której dane dotyczą)