

**Załącznik nr 3** do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2025 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” w zakresie koordynacji programu

.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych**  
**z województwa kujawsko-pomorskiego”**  
**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 :

a) Koordynator programu (kwalifikacje, doświadczenie w koordynowaniu programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej, forma współpracy z Oferentem)	
b) Osoby opracowujące materiały edukacyjne i informacyjne (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
c) Osoby prowadzące szkolenie (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
d) 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: 2 080

2. Opis i harmonogram 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)
1.	Materiały edukacyjne i informacyjne (opracowanie, projekt graficzny, wydruk): - plakaty (B2 - 480x 690mm) - ulotki (A4 - 210x297mm)  - zaświadczenie o przeprowadzonym szczepieniu - oświadczenie osoby zaszczepionej o zameldowaniu na terenie danej gminy/powiatu wraz ze zgodą na udział w programie - ankieta satysfakcji pacjenta - pre-test/post-test wiedzy dotyczący chorób pneumokokowych - inne działania edukacyjno-informacyjne (m.in. spoty telewizyjne,	500 30 000  2 080 2 080  2 080 2 300		szt.	
2.	Spotkanie edukacyjno-informacyjne dla lekarzy i pielęgniarek			spotkanie	
3.	Koszty bieżącego monitorowania, nadzoru nad realizacją programu i ewaluacji (np. delegacje, monitoring, sprawozdawczość, kontakty z realizatorami i jst, nadzór merytoryczny, raport końcowy itp.)				
4.	Koszty administracyjne (obsługa spotkań, <u>utworzenie i obsługa strony internetowej</u> , obsługa księgową, zakup materiałów biurowych, usługi pocztowe/kurierskie, koszty telefonu itp.)				
5.	<b>Ogółem:</b>				

#### IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne/programy polityki zdrowotnej koordynowane przez Oferenta w latach 2022-2024 (realizowane z NFZ, MZ, ze środków 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 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 pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta

#### Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty).
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty) lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty).
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki, regulamin organizacyjny).
4. Kopia aktualnej 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. Zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją w związku z przetwarzaniem danych osobowych (według załączonego wzoru).

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. Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów ośrodka.

**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 profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”, 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 profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
- przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
- prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
- wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”.

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 profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”, 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 profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
  - przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
  - prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych służących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”;
  - wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”.
- 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)