

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

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

w powiecie/gminie*

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. Adres skrytki e-Doręczeń:

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

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

6. Nr identyfikacyjny NIP:

7. Nr identyfikacyjny Regon:

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

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

**niewłaściwe skreślić*

10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

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

--

12. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

Lekarz kwalifikujący do szczepień (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
Pielęgniarka wykonująca szczepienia (wykaz imienny, kwalifikacje – obowiązkowo informacje o szkoleniach/kursach w zakresie szczepień ochronnych lub specjalizacji w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych , forma współpracy z Oferentem)	

13. Wyposażenie Punktu Szczepień:

--

14. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu (np. sprzęt komputerowy) oraz środki transportu i łączności:

--

II. Informacje o programie

1. Liczba osób planowanych do objęcia przez Oferenta programem dla danego samorządu:

2. Liczba osób w wieku powyżej 65 r.ż. będących mieszkańcami gminy/powiatu, której dotyczy oferta, nad którymi Oferent sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną.

3. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, nr tel. do kontaktu z pacjentem, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych

III. Plan finansowy – Przewidywane koszty zadania

I.p.	Świadczenie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)
1.	Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom szczepionką 20-waletnią, w tym: - zakup szczepionki - przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego - wykonanie szczepienia, - wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, - przekazanie pacjentowi do wypełnienia pre-testu wiedzy dotyczącego chorób pneumokokowych oraz ankiety satysfakcji pacjenta oraz ich zebranie			szczepienie	
2.	Ogółem:				

IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne/programy polityki zdrowotnej realizowane przez Oferenta w latach 2023-2025 (realizowane z NFZ, MZ, ze środków jst, ze środków unijnych) - nazwa programu, termin realizacji, zlecniodawca programu	
2.	Frekwencja w % (liczba uczestników w stosunku do zawartej umowy) w programach realizowanych przez Oferenta <u>ze środków jst</u> - średnia z lat 2023-2025	

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 2025 r. poz. 450 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.
10. Realizując zadania będące przedmiotem oferty nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT naliczonego w fakturach dotyczących zakupu towarów i usług dokonywanych w związku z realizacją tych zadań.

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

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

1. Wydruk/plik pdf z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty) – przynajmniej pierwsza strona oraz strony potwierdzające posiadanie w strukturach punktu szczepień.
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk/plik pdf informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty) lub wydruk/plik pdf z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty).
3. Kopia/skan w postaci pliku pdf statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki) potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby upoważnioną/e.
4. Kopia/skan w postaci pliku pdf aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby upoważnioną/e lub wersja elektroniczna tego dokumentu,
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 załączonego wzoru).

Jeżeli dokumenty, o których mowa w pkt 5-8 są składane w wersji elektronicznej muszą być podpisane podpisem elektronicznym.

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 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 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;
- 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)