Załącznik Nr 4 do Zarządzenia Nr B.0050.146.2020

Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego  
z dnia 7 lipca 2020 r.

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

(pieczęć oferenta)

…………………..…………………………………………..

(miejscowość i data)

**Formularz oferty**

Nazwa programu, na realizację którego składana jest oferta:

**Program polityki zdrowotnej pn. Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ożarów Mazowiecki powyżej 50 roku życia**

Nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................................

Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania oferenta

……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko głównego księgowego lub osoby upoważnionej do prowadzenia rozliczenia finansowego

……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

NIP :……………………………………… REGON: ………………………………………..

Nazwa banku i nr konta bankowego:

…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

Adres gabinetu/ów, w którym/ch będzie realizowany program:

…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Zobowiązuję/emy się realizować program w 2020 roku obejmujący:
2. Przekazywanie we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom programu informacji o miejscu i czasie jego realizacji w sposób zwyczajowo przyjęty przez realizatora programu,
3. Promocję programu,
4. Przyjmowanie zgłoszeń, informowanie o terminach szczepień i rejestracji pacjentów,
5. Zakup szczepionek czterowalentnych przeciwko grypie oraz niezbędnych do realizacji zadania materiałów,
6. Przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia wraz z edukacją nt. profilaktyki grypy,
7. Wykonanie szczepień przeciwko grypie,
8. Prowadzenie ewidencji osób biorących udział w programie, uzyskanie niezbędnych dokumentów rekrutacyjnych, pisemnych zgód,
9. Informowanie zainteresowanych programem przedstawicieli środków masowego przekazu o udziale Gminy Ożarów Mazowiecki w jego realizacji,
10. Sporządzenie i przedłożenie przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy, dokumentacji sprawozdawczej z realizacji programu, w formie pisemnej na określonych w umowie zasadach,
11. Przeprowadzenie i przekazanie Udzielającemu zamówienia ankiet,   
    o których mowa w programie,
12. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
13. Prowadzenie stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
14. Zapewnienie wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń objętych programem.
15. Zobowiązuję/emy się zapewnić wszystkie materiały niezbędne do realizacji programu.
16. Oświadczam/y, że badania i szczepienia wykonane będą przez personel medyczny   
    o potwierdzonych kwalifikacjach. Zobowiązuję/emy się wykonać całość zamówienia we własnym zakresie według harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia.
17. Zobowiązuję/emy się realizować program: od dnia podpisania umowy do 23 grudnia   
    2020 r.

**Telefoniczna rejestracja i informacja dla pacjentów:**

Nr tel. 22 …………………... w dniach:………………………. w godz. od …….…….. do ……………

Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

**Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:**

Pacjenci będą przyjmowani od ……………..…. do ……………...... w godz. od ……...… do ………...

**Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:**

(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………..

**Dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail) do osoby odpowiedzialnej   
za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie:**

……………………………………………………………………………………………………………………………..…………...…..

**Kalkulacja kosztów:**

1. Liczba szczepień:

|  |  |
| --- | --- |
| Przewidywana (maksymalna)\* liczba szczepień w ramach programu w 2020 roku | 1000 |

2. Cena:

|  |  |
| --- | --- |
| Jednostkowa cena szczepienia (w zł brutto – obejmuje zakup szczepionki, badanie lekarskie, wykonanie usługi szczepienia oraz pozostałe elementy zadania określone w ust. 1 Warunków uczestnictwa w konkursie ofert stanowiących załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr B.0050.146.2020 Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego z dnia 7 lipca 2020 r.) |  |

3. Koszt całkowity:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przewidywana (maksymalna)\* liczba szczepień | Jednostkowa cena szczepienia  (zł brutto) | Przewidywany (maksymalny) koszt  szczepień  (zł brutto) |
| 1000 |  |  |

\* Liczba szczepień może ulec zmianie, Udzielający zamówienia pokryje koszty faktycznie zaszczepionych osób w ramach programu.

Kwota z poz. 3 Koszt całkowity wymagana jest w celu wyboru najkorzystniejszej oferty.

**Klauzula informacyjna dla oferentów:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Miejski w Ożarowie Mazowieckim (dalej: Urząd Miejski) z siedzibą w Ożarowie Mazowieckim, reprezentowany przez Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego, dane teleadresowe:   
   05-850 Ożarów Mazowiecki, ul. Kolejowa 2, tel.: (22) 731 32 00.
2. W Urzędzie Miejskim wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych (Łukasza Grabowskiego), z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z przysługujących praw związanych z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować poprzez:

adres e-mail: iod@ozarow-mazowiecki.pl lub pisemnie na adres Administratora danych.

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:

* wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze,
* wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach władzy publicznej powierzonej Administratorowi.

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c), e) RODO   
   w celu udziału w konkursie na realizację programu polityki zdrowotnej.
2. Obowiązek prawny został przedstawiony w zarządzeniu Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego dotyczącym ww. programu.
3. Z Pani/Pana danych osobowych będziemy korzystać do momentu zakończenia obowiązywania postępowania, a po tym czasie przez okres wynikający   
   z obowiązujących przepisów prawa, zgodnie z obowiązującą w Urzędzie Miejskim   
   w Ożarowie Mazowieckim Instrukcją Kancelaryjną.
4. Pani/Pana dane mogą zostać przekazane:

* organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
* innym podmiotom, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Gminą Ożarów Mazowiecki przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Urząd Miejski reprezentowany przez Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego.

1. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, jednakże nie będą podlegać procesom profilowania.
2. Pan/Pana dane nie trafią poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
3. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:

* prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,
* prawo żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych w przypadkach, o których mowa w art. 16 RODO,
* prawo żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 RODO,
* prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 18 RODO,
* prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 21 RODO,
* prawo do przenoszenia Państwa danych osobowych w przypadkach określonych w art. 20 RODO,
* prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest konieczne w celu uczestnictwa   
   w postępowaniu ofertowym.

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjmuję/emy je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią Uchwały Nr XXVII/259/20 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 25 czerwca 2020 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ożarów Mazowiecki powyżej 50 roku życia wraz z załącznikiem.
3. Oświadczam/y, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program dopuszczone są pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia   
   z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595).
4. Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Imię i nazwisko, tytuł zawodowy** | **Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, okres zatrudnienia u oferenta)** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

1. Oświadczam/y, że spełniam/y wszystkie wymogi konieczne określone w warunkach udziału w konkursie.
2. Świadom/i odpowiedzialności karnej oświadczam/y, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

W załączeniu przedkładam/y następujące dokumenty:

1. Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ubiegającego się o realizację programu (oferenta),
2. Kopię zaświadczenia o nr NIP oferenta,
3. Kopię zaświadczenia o nr REGON oferenta,
4. Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność   
z oryginałem przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania oferenta i sygnowane jego/ich podpisem (czytelnie imię i nazwisko).

…………………………………………………..………………………

(czytelny/e podpis/y osoby upoważnionej/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)