Załącznik Nr 4 do Zarządzenia Nr B.0050.6.2023

Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego
z dnia 9 stycznia 2023 r.

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

(pieczęć oferenta)

 …………………..…………………………………………..

(miejscowość i data)

**Formularz oferty**

Nazwa programu, na realizację którego składana jest oferta:

**Program polityki zdrowotnej Gminy Ożarów Mazowiecki przygotowujący przyszłych rodziców na przyjęcie dziecka – zajęcia w szkole rodzenia**

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

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

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

Nr konta bankowego:

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

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

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż siedziby):

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

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

1. Zobowiązuję/emy się realizować program w 2023 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 zajęć,
5. Zapewnienie wszystkich niezbędnych materiałów i sprzętu do realizacji zadania,
6. Przeprowadzenie zajęć zgodnie z programem,
7. Prowadzenie ewidencji osób biorących udział w programie, uzyskanie niezbędnych dokumentów rekrutacyjnych,
8. Informowanie zainteresowanych programem przedstawicieli środków masowego przekazu o udziale Gminy Ożarów Mazowiecki w jego realizacji,
9. Sporządzenie i przedłożenie przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy, dokumentacji sprawozdawczej z realizacji programu, w formie pisemnej na określonych w umowie zasadach,
10. Przygotowanie, przeprowadzenie i przekazanie Udzielającemu zamówienia ankiet, o których mowa w programie,
11. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
12. Prowadzenie stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
13. Zapewnienie wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń objętych programem.
14. Zobowiązuję/emy się zapewnić wszystkie materiały niezbędne do realizacji zajęć
w programie.
15. Oświadczam/y, że zajęcia teoretyczne i praktyczne będą realizowane przez personel
o potwierdzonych kwalifikacjach. Zobowiązuję/emy się wykonać całość zamówienia
we własnym zakresie według harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia.
16. Zobowiązuję/emy się do wypełnienia wszystkich obowiązków formalno-prawnych i organizacyjnych spoczywających na Administratorze danych w ramach przepisów o ochronie danych osobowych.
17. Zobowiązuję/emy się do poinformowania uczestników o obowiązku udostępnienia ich danych osobowych Udzielającemu zamówienia zgodnie z art. 13 RODO.
18. Zobowiązuję/emy się udostępnić Udzielającemu zamówienia dane osobowe uczestników programu, poprzez przekazanie zestawienia rozliczającego program zgodnie z zawartą umową - co będzie wykonywane w celu realizacji umowy i w związku z obowiązkami wynikającymi z przepisów obowiązującego prawa.

Zobowiązuję/-emy się realizować program: od dnia podpisania umowy do 21 grudnia 2023 r.

Planowane terminy udzielania świadczeń w ramach programu:

Dzień tygodnia: ………………………………………… w godz. od …………...… do ……………...

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

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

**Oferuję/emy realizację programu zgodnie z poniższą kalkulacją kosztów:**

1. Liczba osób:

|  |  |
| --- | --- |
| Przewidywana (maksymalna)\* liczba osób biorących udział w programie w 2023 roku:  | 120 |

2. Cena:

|  |  |
| --- | --- |
| Jednostkowa cena pełnego uczestnictwa w 1 cyklu za 1 osobę (w zł brutto): |  |
| Dofinansowanie przez Gminę do 1 cyklu dla 1 osoby (w zł brutto) wynoszące 85% kosztów pełnego uczestnictwa: |  |

3. Koszt całkowity:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Całkowity koszt (zł brutto)  | Całkowity koszt dofinansowania przez Gminę (zł brutto) |  |
|  |  |  |

\* Liczba osób może ulec zmianie, Udzielający zamówienia pokryje koszty za osoby faktycznie biorące udział w programie. Kwota z poz. 3 Koszt całkowity wymagana jest
w celu wyboru najkorzystniejszej oferty.

**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 LX/554/22 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 17 listopada 2022 r. w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej Gminy Ożarów Mazowiecki przygotowującego przyszłych rodziców na przyjęcie dziecka – zajęcia w szkole rodzenia wraz z załącznikiem.
3. Oświadczam/y, że posiadam/y doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoły rodzenia: ……………………………………………………………………………………………………………..……………………

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

(dotychczasowa działalność; liczba osób objętych opieką w ramach szkoły rodzenia)

1. Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko, tytuł zawodowy** | **Szczegółowy opis kwalifikacji** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

1. Oświadczam/y, że spełniam/y wszystkie wymogi konieczne określone w warunkach udziału w konkursie.
2. Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie w oparciu o następujący sprzęt i aparaturę medyczną (nazwa, data produkcji):

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

(Uwaga: wypełnić tylko w przypadku konieczności stosowania w Programie sprzętu specjalistycznego;

w pozostałych przypadkach wpisać „nie dotyczy”)

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 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)