Załącznik Nr 4 do Zarządzenia Nr B.0050.193.2025

Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego  
z dnia 11 lipca 2025 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 2025 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. Poinformowanie zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO osób, których dane dotyczą   
   o procedurze przetwarzania danych osobowych w ramach programu,
10. Informowanie zainteresowanych programem przedstawicieli środków masowego przekazu o udziale Gminy Ożarów Mazowiecki w jego realizacji,
11. Sporządzenie i przedłożenie przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy, dokumentacji sprawozdawczej z realizacji programu, w formie pisemnej na określonych w umowie zasadach,
12. Przeprowadzenie i przekazanie Udzielającemu zamówienia ankiet, o których mowa   
    w programie,
13. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
14. Prowadzenie stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie   
    z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
15. Zapewnienie wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń objętych programem.
16. Zobowiązuję/-emy się zapewnić wszystkie materiały niezbędne do realizacji programu.
17. 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.
18. Zobowiązuję/-emy się realizować program: od dnia podpisania umowy do 22 grudnia   
    2025 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 służbowy, adres elektroniczny poczty e-mail służbowy) do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie:**

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

**Kalkulacja kosztów:**

1. Liczba szczepień:

|  |  |
| --- | --- |
| Przewidywana (maksymalna)\* liczba szczepień w ramach programu w 2025 roku | 730 |

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.0050.193.2025 Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego z dnia 11 lipca 2025 r.) |  |

3. Koszt całkowity:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przewidywana (maksymalna)\* liczba szczepień | Jednostkowa cena szczepienia  (zł brutto) | Przewidywany (maksymalny) koszt  szczepień  (zł brutto) |
| 730 |  |  |

\* 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 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 można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z przysługujących praw związanych z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować poprzez:

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

1. 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. 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. Kategorie danych osobowych przetwarzanych w ramach działania zostały wskazane na formularzu oferty (umowie, jeżeli zostanie zawarta z oferentem), w tabeli dotyczącej szczegółowego opisu kwalifikacji.
4. Z danych osobowych Administrator będzie 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.
5. Dane mogą zostać udostępnione:

* 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. Dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, jednakże nie będą podlegać procesom profilowania.
2. Dane nie trafią poza Europejski Obszar Gospodarczy.
3. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują następujące prawa:

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

1. Udostępnienie danych osobowych jest konieczne w celu uczestnictwa w postępowaniu ofertowym.
2. Dane osobowe są pozyskiwane:

* bezpośrednio od osób, których dane dotyczą,
* od pracodawcy, który bierze udział 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 XVI/142/25 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 29 maja 2025 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 (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
4. 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 (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 oraz posiadam podstawę prawną na ich udostępnienie.
3. Zobowiązujemy się, w przypadku udostępnienia danych personelu do jego poinformowania zgodnie z art. 13 RODO.

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)