

**OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO**

.....  
Data i miejsce złożenia oferty  
(wypełnia organ administracji publicznej)

**Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program  
Polityki Zdrowotnej – szczepienia przeciw pneumokokom dla osób  
65 + z grupy ryzyka”**

(tytuł zadania publicznego)

w okresie od *podpisania umowy* do .....

na terenie .....

we wnioskowanej kwocie środków

w wysokości .....zł

składana na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r.

**I. DANE OFERENTA**

1) nazwa: .....

2) forma prawna

( ) podmiot leczniczy

3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji:<sup>2)</sup>

.....

4) data wpisu, rejestracji lub utworzenia: .....

5) nr NIP: ..... nr REGON: .....

6) adres:

miejsowość: ..... ul.: .....

gmina: ..... powiat: .....

województwo: .....

kod pocztowy: ..... poczta: .....

7) adres do korespondencji:

miejsowość: ..... ul.: .....

gmina: ..... powiat: .....

województwo: .....

kod pocztowy: ..... poczta: .....

8) tel.: ..... faks: .....

e-mail: ..... http:// .....

9) numer rachunku bankowego: .....

nazwa banku: .....

10) nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta:

a) .....

b) .....

c) .....

11) sposób reprezentacji Oferentów wobec organu administracji publicznej wraz z przytoczeniem podstawy prawnej

.....

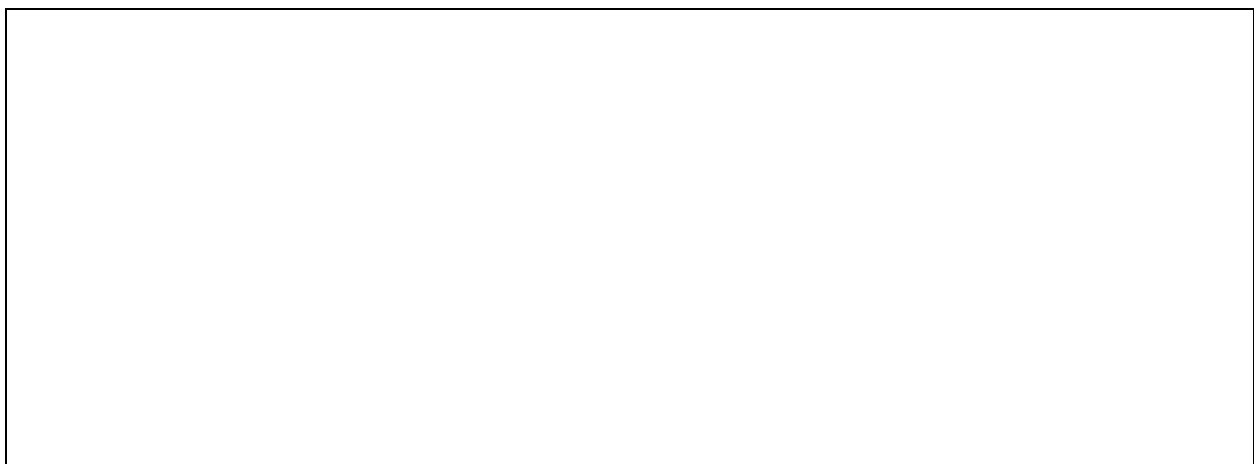
.....

### III. SZCZEGÓŁOWY OPIS REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO PROPONOWANEGO DO REALIZACJI

1. Zakładane cele realizacji zadania publicznego oraz opis poszczególnych działań w zakresie realizacji Programu dostosowanych do wymienionych celów spójny z harmonogramem, kosztorysem oraz RPZ. Krótka charakterystyka podejmowanych działań zgodnych z interwencjami zaproponowanymi w RPZ, zwłaszcza działań związanych z szczepieniem pacjentów oraz szeroko rozumianej edukacji (w tym planu kampanii edukacyjno-informacyjnej, rekrutacji uczestników, edukacji kadry medycznej oraz pacjentów).



2. Miejsce realizacji zadania publicznego wraz z uzasadnieniem. Wskazanie miejsca udzielania świadczenia (szczepienia) na terenie powiatu/miasta na prawach powiatu którego dotyczy oferta. Zaproponowana liczba punktów szczepień wraz z uzasadnieniem.



**3. Harmonogram** (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań)

Zadanie publiczne realizowane w okresie od ..... do.....		
Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania publicznego (zgodne z kosztorysem)	Terminy realizacji poszczególnych działań	Uwagi mające znaczenie przy ocenie harmonogramu

**4. Zakładane cele szczegółowe i rezultaty realizacji zadania publicznego zgodnie z regionalnym programem polityki zdrowotnej**

--

## IV. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

1. **Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów** (W przypadku gdy oferta dotyczy więcej niż jednego powiatu/miasta na prawach powiatu, kosztorys powinien zawierać kalkulację oddzielnie dla każdego z nich zarówno pod względem kosztów związanych ze szczepieniem jak i edukacją. W przypadku objęcia wsparciem wszystkich współfinansujących Program powiatów/miast na prawach powiatu kalkulacja kosztów w zakresie edukacji nie wymaga rozbicia).  
Kosztorys powinien być przygotowany dla każdego powiatu/miasta na prawach powiatu, poprzez dodanie kolejnych wierszy.

Lp	Rodzaj kosztów	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	z tego ze środków finansowych SWP (w zł)	z tego ze środków finansowych Partnera (w zł)
I	<b>Szczepienia</b>						
	<p>Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. z grupy ryzyka przeciwko pneumokokom szczepionką 13-waletną, w tym:</p> <p>1) zakup szczepionki</p> <p>2) przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego</p> <p>3) wykonanie szczepienia</p> <p>4) wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych</p> <p>5) edukacja pacjenta</p>						

II	<b>Edukacja</b>						
	1) przygotowanie kampanii informacyjno-edukacyjnej (promocja programu) 2) przygotowanie materiałów edukacyjnych dla kadry medycznej oraz pacjentów 3) szkolenia dla kadry medycznej (forma tradycyjna/stacjonarna lub e-learning/ zdalna) 4)obsługa administracyjna Programu						<b>Nie dotyczy</b>
	<b>Ogółem:</b>						

**2. Przewidywane źródła finansowania zadania publicznego z rozbiem na poszczególne powiaty/miasta na prawach powiatu:**

Lp.	Partner	Liczba osób zaszczepionych	Środki finansowe Partnerów (szczepienia)	Środki finansowe SWP (szczepienia)	Środki finansowe SWP (edukacja)	Środki finansowe SWP (łącznie)	<b>Razem</b> (środki finansowe Partnerów i SWP)
1	Powiat Bytowski						
2	Powiat Chojnicki						
3	Powiat Człuchowski						
4	Powiat Kartuski						
5	Powiat Kościerski						
6	Powiat Kwidzyński						
7	Powiat Malborski						
8	Powiat Pucki						
9	Powiat Tczewski						
10	Powiat Wejherowski						
11	Miasto Gdynia						
12	Miasto Słupsk						
13	Miasto Sopot						
<b>Razem</b>							

**3. Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu**

**V. INNE WYBRANE INFORMACJE DOTYCZĄCE ZADANIA PUBLICZNEGO**

**1. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań z zakresu realizacji programów polityki zdrowotnej (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną).**

**Oświadczam (-y), że:**

- 1) Oferent/Oferenci<sup>1)</sup> zapoznali się z treścią przedmiotowego ogłoszenia w konkursie;
- 2) Oferent/Oferenci<sup>1)</sup> spełniają warunki i będą realizować zadanie zgodnie z RPZ
- 3) Oferent/Oferenci<sup>1)</sup> w ramach składanej oferty nie przewidują pobierania opłat od adresatów zadania;
- 4) Oferent/Oferenci<sup>1)</sup> nie zalegają z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
- 5) Oferent/Oferenci<sup>1)</sup> nie zalegają z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne;
- 6) dane określone w części I niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym/właściwą ewidencją<sup>3)</sup>;
- 7) wszystkie podane w ofercie oraz w załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 9) Oferent/Oferenci<sup>1)</sup> zapewni kadrę posiadającą odpowiednie kursy, szkolenia uprawniające do wykonania interwencji opisanej w Programie oraz inne zasoby niezbędne do prawidłowej realizacji zadania.

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

(podpis osoby upoważnionej  
lub podpisy osób upoważnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu  
oferenta)

Data.....

**Załączniki:**

- 1) aktualny odpis informujący o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 2) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowania osób go reprezentujących,
- 3) aktualny dokument określający cel i zadania podmiotu (statut jednostki),
- 4) kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu



- 5) kserokopia pełnomocnictwa udzielonego przez właściwy organ do reprezentowania Oferenta w kontaktach zewnętrznych i składania w jego imieniu oświadczeń woli dotyczących zaciągania zobowiązań finansowych, jeżeli Oferenta reprezentuje osoba nieujawniona we właściwym rejestrze jako uprawniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta;
- 6) oświadczenie:
  - o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
  - potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
  - 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;
  - wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł niż wskazane w ofercie;
- 7) inne dokumenty i oświadczenia mogące mieć zdaniem Oferenta wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>3)</sup> Podać nazwę właściwego rejestru lub ewidencji.

## OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, iż nie byłem/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/em karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
2. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
3. Oświadczam, że 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.
4. Oświadczam, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i, że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł wskazanych w ofercie.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(Klauzula zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań)

.....  
Data, pieczęć i podpis osoby  
upoważnionej do reprezentacji Oferenta

### UWAGA

Niniejsze oświadczenie zobowiązane są złożyć wszystkie osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu oferenta lub ustanowionego pełnomocnika zgodnie z zapisami wynikającymi z dokumentu określającego osobowość prawną. (Każda z osób powinna złożyć je oddzielnie).