

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 wysokościzł

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:²⁾

.....

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

.....

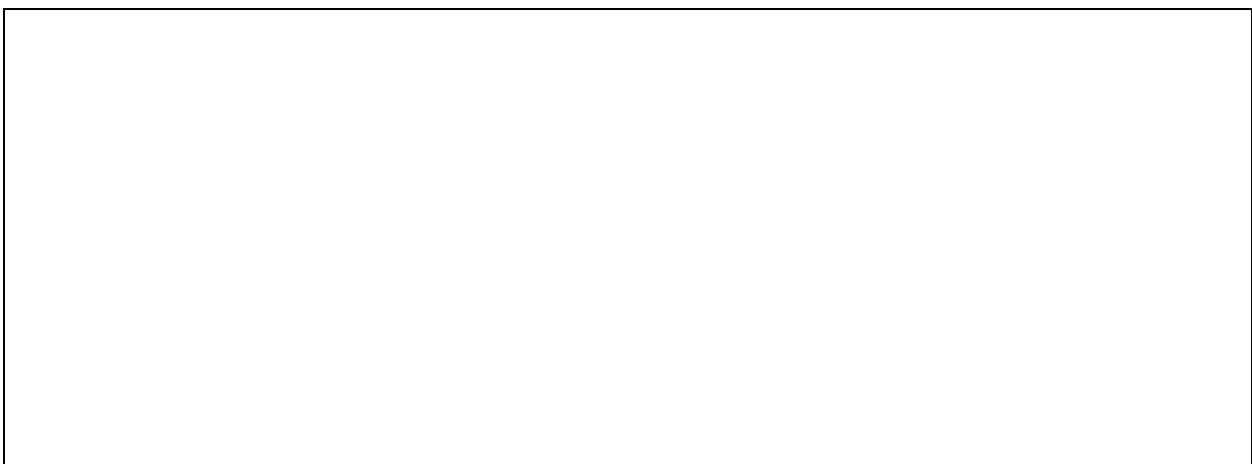
.....

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	Szczepienia						
	<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>						

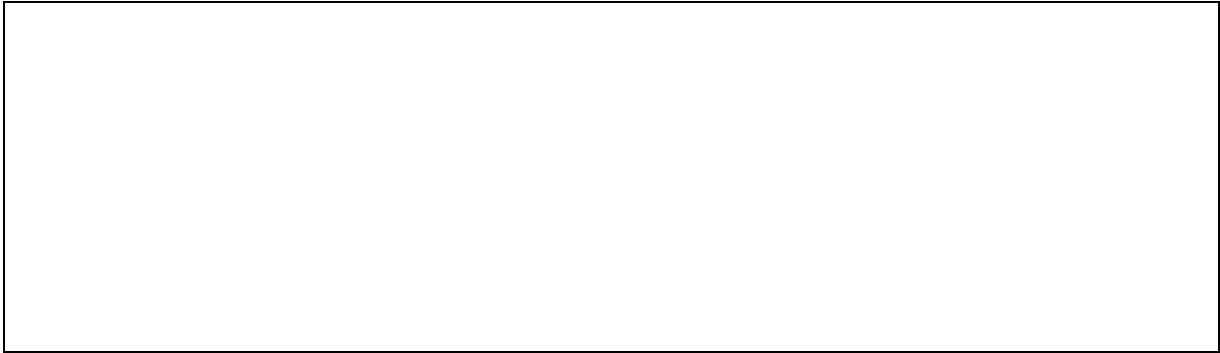
II	Edukacja						
	1) przygotowanie kampanii informacyjno-edukacyjnej (promocja programu) 2) przygotowanie materiałów edukacyjnych dla kadry medycznej oraz pacjentów 3) szkolenia dla kadry medycznej (forma tradycyjna/stacjonarna lub e-learning/ zdalna) 4)obsługa administracyjna Programu						Nie dotyczy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

2. Przewidywane źródła finansowania zadania publicznego z rozbiciem 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)	Razem (środki finansowe Partnerów i SWP)
1	Powiat Bytowski						
2	Powiat Chojnicki						
3	Powiat Człuchowski						
4	Powiat Kwidzyński						
5	Powiat Malborski						
6	Powiat Pucki						
7	Miasto Słupsk						
Razem							

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/Oferenci¹⁾ zapoznali się z treścią przedmiotowego ogłoszenia w konkursie;
- 2) Oferent/Oferenci¹⁾ spełniają warunki i będą realizować zadanie zgodnie z RPZ
- 3) Oferent/Oferenci¹⁾ w ramach składanej oferty nie przewidują pobierania opłat od adresatów zadania;
- 4) Oferent/Oferenci¹⁾ nie zalegają z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
- 5) Oferent/Oferenci¹⁾ 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 ewidencją³⁾;
- 7) wszystkie podane w ofercie oraz w załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 9) Oferent/Oferenci¹⁾ zapewni kadre 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.

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

³⁾ 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).