

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”**

ROK 2019

(tytuł zadania publicznego)

w okresie od *podpisania umowy* do 31.12.2019 r.

na terenie¹

we wnioskowanej kwocie środków

w wysokościzł

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

¹ Wskazać powiaty/miasta lub województwo pomorskie jeśli dotyczy oferty obejmującej teren wszystkich partnerów

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

.....
.....

II. 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), wraz z uzasadnieniem potrzeby realizacji wskazanych interwencji.

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 31.12.2019 r.		
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 ²	Koszt jednostkowy (w zł) ³	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	z tego ze środków finansowych SWP (w zł)	z tego ze środków finansowych Partnera (w zł)
I	Szczepienia						
	Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. z grupy ryzyka przeciwko pneumokokom szczepionką 13-waletną, w tym: 1) zakup szczepionki 2) przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego 3) wykonanie szczepienia 4) wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych 5) edukacja pacjenta						

² Ilość jednostek musi być zgodna (minimum) z wartościami podanymi w załączniku Nr 2 tj. „Oczekiwana liczba osób objętych w 2019 roku szczepieniami...”

³ Koszt jednostkowy jest kosztem ryczałtowym i obejmuje łącznie wszystkie koszty wymienione w kolumnie rodzaj kosztów : zakup szczepionki, kwalifikacja lekarska, szczepienie, wypełnienie niezbędnej dokumentacji oraz edukacja pacjenta, jednak nie więcej niż 300 zł /osoba

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 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)	Razem (środki finansowe Partnerów i SWP)
1	Powiat Bytowski						
2	Powiat Chojnicki						
3	Powiat Gdański						
4	Powiat Kartuski						
5	Powiat Kościerski						
6	Powiat Kwidzyński						
7	Powiat Malborski						
8	Powiat Pucki						
8	Powiat Słupski						
10	Powiat Tczewski						
11	Powiat Wejherowski						
12	Powiat Sztumski						
13	Miasto Gdynia						
14	Miasto Słupsk						
15	Miasto Sopot						
	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 ewidencją²⁾;
- 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.

²⁾ 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.

.....
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).