Załącznik nr 1 do ogłoszenia

o konkursie ofert na realizatora

programu polityki zdrowotnej

**FORMULARZ OFERTOWY**

na realizatora w roku 2020 programu polityki zdrowotnej pn.” Program profilaktyki otyłości   
i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021”

1. Dane Oferenta - nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

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

2. Adres siedziby (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru), kod pocztowy, telefon, adres   
 e-mail:

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

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

3. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………….

4. Numer NIP: ...................................................................

5. Numer REGON: ............................................................

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

7. Osoby upoważnione do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w imieniu oferenta (imię i nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy):

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

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

8. Opis poszczególnych działań w zakresie realizacji Programu:

|  |  |
| --- | --- |
| Akcja informacyjno- edukacyjna o programie |  |
| I etap Programu |  |
| II etap Programu |  |
| III etap Programu |  |

9. Zasoby kadrowe przewidywane do zaangażowania przy realizacji Programu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje  specjalizacje/kursy kwalifikacyjne | Zakres działań w ramach realizacji przedmiotu zamówienia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

10. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji Programu zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Koszt jednostkowy |
| 1. | Przeprowadzenie akcji edukacyjno - informacyjnej ogółem , w tym | zł |
| a) | koszt wynagrodzenia dla wykładowcy za jeden 90 min. wykład z edukacji zdrowotnej | zł |
| b) | koszt materiałów informacyjnych. | zł |
| c) | koszt monitoringu i ewaluacji | zł |
| 2. | Koszty jednostkowe, w tym: |  |
| a) | badania antropometryczne | zł |
| b) | porada dietetyczna koszt za jedną poradę ( razem 5 porad) | zł |
| c) | porada pielęgniarki diabetologicznej lub lekarza diabetologa koszt za jedną poradę ( razem 3 porady) | zł |

11. Ogólna liczba objętych działaniami oraz ogólne koszty poszczególnych etapów Programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rok realizacji | 2020 |
| 1 | Szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych do I etapu |  |
| 2 | Szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych do II i III etapu |  |
| 3 | Koszt cząstkowy za interwencje u osób w II etapie |  |
| 4 | Koszt cząstkowy za interwencje u osób w III etapie |  |
| 5 | Koszt akcji edukacyjno-informacyjnej |  |
| 6 | Koszt monitoringu i ewaluacji |  |
| 7 | Koszt całkowity |  |

12. Działania dodatkowe nieobjęte Programem w zakresie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj działania | Szacunkowa wartość |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wskazane wartości służą tylko i wyłącznie porównaniu ofert a nie wkładowi pieniężnemu do Programu. Należy zaoferować ilość dodatkowych zadań w zakresie wskazanych wartości.

13. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia Zarządu Powiatu Żagańskiego

o otwartym konkursie ofert na wybór w 2020r. realizatora programu polityki zdrowotnej pn.”Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego

w wieku 45+ na lata 2019-2021”.

14. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję spełnia warunki dotyczące:

1. Zapewnienia przy realizacji Programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Zapewnienia udzielania świadczeń w ramach Programu w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach.
3. Udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie   
   ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami   
   i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
4. Posiadania polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym Programem.

15. Przyjąłem do wiadomości, że: 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 (ogólne rozporządzenie   
o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”,

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Żaganiu   
   z siedzibą przy ul. Dworcowej 39, 68-100 Żagań, reprezentowane przez Starostę Żagańskiego, z którym można się skontaktować pisemnie na adres siedziby, telefonicznie: 68 477 7901.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się   
   z Inspektorem Ochrony Danych – p. Maciejem Gęsigórą, pod adresem   
   e-mail: [iod@powiatzaganski.pl](mailto:iod@powiatzaganski.pl), tel. 684793460 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), w celu realizacji niniejszej umowy.
4. Państwa dane osobowe możemy przekazać stronom i uczestnikom postępowań lub organom właściwym w związku z realizacją umowy, przy czym dokonamy tego wyłącznie w sytuacji, gdy istnieje podstawa prawna do tego typu działań, a ponadto odbiorcom danych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych,  
    tj. podmiotom świadczącym usługi pocztowe, kurierskie, usługi informatyczne, bankowe, ubezpieczeniowe.
5. Państwa dane możemy przekazać czasowo podmiotom przetwarzającym je w naszym imieniu, w tym podwykonawcom wspierających realizację umowy. Przetwarzanie Państwa danych ujętych w systemach informatycznych powierzamy również podmiotom obsługującym lub udostępniającym nam te systemy, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest tylko i wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach takich jak wdrożenie naprawa, konserwacja tych systemów lub hosting danych.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane, w tym przechowywane zgodnie   
   z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U.2011 r. nr 14, poz. 67 ze zm.) oraz przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018r., poz. 217 ze zm.).
7. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne jednak ich niepodanie skutkować będzie niemożliwością zawarcia umowy.
8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo:
9. dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania oraz otrzymania ich kopii,
10. ograniczenia przetwarzania - przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa,
11. w przypadku przetwarzania danych na podstawie wyrażonej zgody, mają Państwo także prawo do usunięcia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; cofnięcia wyrażonej zgody, w dowolnym momencie, w formie w jakiej została ona wyrażona,   
    co w konsekwencji skutkuje usunięciem Państwa danych,
12. wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
13. ponadto informujemy, iż dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany,   
    w tym również w formie profilowania.

16. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne   
z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Załączniki:

1. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument potwierdzający status prawny podmiotu

2. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

3. Polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej do wysokości nie niższej niż 26.625 zł

data ......................... ……..........................................................

podpis i pieczątka osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta