

.....

.....

(Pieczęć oferenta)

(Miejscowość i data)

## FORMULARZ OFERTY

na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach „Gminnego Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) w zakresie kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej profilaktyki zakażeń HPV oraz profilaktyki prozdrowotnej, realizowanej poprzez szczepienia szczepionką dziewięciowalentną typ HPV 6,11,16,18,31,33,45,52,58 przeciwko rakowi szyjki macicy, sromu i pochwy oraz brodawkom płciowym dziewcząt rocznik 2008-2009 zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kętrzyn.

### **I. Dane oferenta:**

Pełna nazwa

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

Dokładny adres (wraz z kodem pocztowym):

.....  
.....

tel.: ..... fax: .....

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

Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych

.....

NIP:.....

REGON:.....

Nazwa banku:.....

Numer konta:.....

Kierownik placówki: (nazwisko i imię, numer telefonu):.....

.....

Osoby upoważnione do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu:

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

Osoba odpowiedzialna za realizację zadań objętych konkursem ofert (nazwisko i imię, numer telefonu):.....

.....  
.....

## **II. Dane dotyczące warunków lokalowych zapewniających realizację świadczeń**

<b>Opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w środki transportu i łączności, w których będzie realizowane zadanie:</b>

## **III. Informacja na temat personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia zdrowotne**

<b>Wykaz imienny personelu medycznego, który będzie realizował świadczenia z określeniem kwalifikacji zawodowych</b>

## **IV. Plan rzeczowo – finansowy:**

1. Cena jednostkowa za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu, zawierająca koszt szczepionki wraz z kosztem badania lekarskiego i iniekcji wynosi (PLN brutto) w tym:	
Słownie złotych:	
- Cena jednostkowa zawierająca koszt szczepionki wynosi (PLN brutto)	
Słownie złotych:	
- Cena jednostkowa zawierająca koszt badania i iniekcji szczepionki wynosi (PLN brutto)	
Słownie złotych:	
2. Cena jednostkowa brutto za wykonanie cyklu szczepień (2-krotne podanie szczepionki): 2 x cena z pkt 1 wynosi (zł brutto)	
Słownie złotych:	

3. Cena za kampanię informacyjno- edukacyjną wynosi (zł brutto)	
Słownie złotych:	
4. Szacowana liczba osób objętych szczepieniem w ramach Programu:	
Całkowity koszt realizacji programu tj. cena z pkt 2 x liczba osób z punktu 4 + cena z pkt 3 – wynosi (zł brutto)	
Słownie złotych:	

**V. Proponowany czas trwania umowy:**

.....  
 .....

**VI. Proponowany sposób przeprowadzenia intensywnej i skutecznej akcji informacyjno-edukacyjnej skierowanej do adresatów Programu, w tym do ich rodziców (opiekunów prawnych) oraz do chłopców w celu jak najpełniejszej realizacji zadania.**

.....  
 .....

**VII. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:**

**Miejsce udzielania świadczeń (dokładny adres, pokój).....**

.....  
 .....

**Dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń:**

.....  
 .....

**Sposób rejestracji pacjentów:**

osobiście (adres, godziny)

.....  
 .....

telefonicznie (numer, godziny).....

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na wykonanie świadczeń zdrowotnych polegających na przeprowadzeniu szczepień profilaktycznych dla dziewcząt z terenu Miasta Kętrzyn oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów.
4. Osoby realizujące świadczenie w ramach programu zdrowotnego posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.
5. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:
  - a) Zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) Zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,

- c) Udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
  - d) Utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia.
  - e) Zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).
6. Posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów leczniczych świadczących usługi szczepień ochronnych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpis i pieczętka przedstawiciela/-li oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta)

**Załączniki wymagane do oferty:**

1. Kopię wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o której mowa w art. 106 w zawiązku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2022 r. poz. 633 ze zm.) – zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany.
  2. Kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzającego m. in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta – zgody z aktualnym stanem faktycznym i prawnym niezależnie od tego, kiedy został wydany. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
  3. Polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
  4. Statut oferenta.
  5. Decyzja w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany).
  6. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
  7. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji programu.
  8. Certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ (jeśli oferent takie posiada).
- Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „Za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### **- rekrutacja na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w Gminnym Programie Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV)**

Zgodnie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia

27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016 r.), dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Kętrzyn z siedzibą Urzędu Miasta Kętrzyn przy ul. Wojska Polskiego 11 w Kętrzynie (11-400).
2. Jednostka powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres korespondencyjny: Urząd Miasta Kętrzyn, ul. Wojska Polskiego 11, 11-400 Kętrzyn oraz adres e-mail: [iod@miasto.ketrzyn.pl](mailto:iod@miasto.ketrzyn.pl).  
Należy pamiętać, iż powyższe dane służą wyłącznie do kontaktu w sprawach związanych bezpośrednio z przetwarzaniem danych osobowych.
3. Pani/ Pana dane osobowe wskazane w ogłoszeniu konkursu ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego z zakresu profilaktyki prozdrowotnej określonej w Gminnym Programie Profilaktyki Zakażeń Wirusa Brodawczaka Ludzkiego (HPV), przetwarzamy w oparciu o przepisy prawa i ich podanie jest konieczne do wzięcia udziału w konkursie ofert. Pozostałe dane osobowe (np. wizerunek) przetwarzamy na podstawie Pani/Pana dobrowolnej zgody, która została wyrażona poprzez wysyłanie nam swojego zgłoszenia rekrutacyjne i ich podanie nie ma wpływu na możliwość udziału w rekrutacji.
4. Możemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe zawarte w ogłoszeniu konkursu ofert także w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, jeżeli roszczenia dotyczą prowadzonej przez nas rekrutacji. W tym celu będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w oparciu o nasz prawnie uzasadniony interes, polegający na ustaleniu, dochodzeniu lub obrony przed roszczeniami w postępowaniu przed sądami lub organami państwowymi.
5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, w tym uzyskania ich kopii, sprostowania danych, żądania ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz przeniesienia podanych danych (na których przetwarzanie została wyrażona przez Panią/Pana zgoda) do innego administratora danych.
6. W sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie podanych danych osobowych narusza przepisy RODO posiada Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w Polsce – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Nie przekazujemy Pani/Pana danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy – to jest do państw trzecich.
8. Pani/Pana dane osobowe przetwarzamy w celu prowadzenia rekrutacji na stanowisko wskazane w ogłoszeniu przez okres 1 rok. Pani/Pana dane osobowe możemy przekazać dostawcom usługi publikacji ogłoszeń o pracę, dostawcom systemów do zarządzania rekrutacjami, dostawcom usług IT takich jak hosting oraz dostawcom systemów informatycznych.
9. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Pani/Pana dane osobowe możemy przekazać dostawcom usługi publikacji ogłoszeń o pracę, dostawcom systemów do zarządzania rekrutacjami, dostawcom usług IT takich jak hosting oraz dostawcom systemów informatycznych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
(Podpis i pieczętka przedstawiciela/-li oferenta  
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta)