

FORMULARZ OFERTOWY

„Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Gminie Żelechlinek na lata 2026-2028”
– rok 2026

I. DANE OFERENTA	
Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę	
Dokładny adres Ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość	
Dane kontaktowe Telefon Adres e-mail	
Forma prawna	
Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail	
Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)	
NIP	
REGON	
Nazwa banku i numer rachunku bankowego (w przypadku podatników VAT numer bankowy powinien figurować w rejestrze VAT)	
Osoba uprawniona do kontaktów Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, e-mail	

II. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU		
1.	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń z zakresu profilaktyki, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej	
	Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń	Odbiorcy
		Rok realizacji
2.	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu edukacji związanej z profilaktyką, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej	

Oferent prowadził działania z zakresu edukacji prowadzonej w ramach realizacji programów polityki zdrowotnej Proszę wpisać „tak” lub „nie”	Rodzaj i zakres prowadzonych działań	Rok realizacji
3.	Efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań, w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej przeprowadzonych w okresie ostatnich 2 lat	
	Rok	Liczba badań profilaktycznych przeprowadzonych w ciągu roku
	2025	
	2024	

III. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA

1. Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu					
Lp.	Imię i Nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Specjalizacja	Numer prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w leczeniu/profilaktyce/edukacji związanej z osteoporozą (podać w latach)
	Szkolenie personelu medycznego – lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu i profilaktyce przewlekłej obturacyjnej choroby płuc				
	Osoba odpowiedzialna za edukację – lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych				
	Osoba odpowiedzialna za organizację i koordynację nad realizacją Programu po stronie realizatora				
	Lekarska wizyta diagnostyczna - lekarz, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu i profilaktyce przewlekłej obturacyjnej choroby płuc				
	Pulmonolog				
2. Wyposażenie (opisać)					
3. Przygotowanie/zapewnienie materiałów edukacyjnych i sposób ich upowszechniania (opisać)					
4. Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej (opisać)					

IV. OŚWIADCZENIA OFERENTA

1.	Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. , dnia <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i>
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

2.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny i infrastrukturę niezbędne do prawidłowej realizacji Programu.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
3.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
4.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
5.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje rekomendacje dotyczące profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
6.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę i realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców.</p> <p>..... dnia</p> <p>..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
7.	<p>Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
8.	<p>Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie jestem ani nie byłam(-łem) objęta(-ty) zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz karana(-ny) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
9.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.</p> <p>....., dnia</p> <p>..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>

10.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
11.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem 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 osobowych).</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
12.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapoznał się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.</p> <p>..... dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
13.	<p>Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</p> <p>....., dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
14.	<p>Oświadczam, iż posiadam środki własne w wysokości 20% wartości złożonej oferty stanowiącej wkład własny na realizację projektu.</p> <p>..... dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>
15.	<p>Oświadczam, iż nie wnoszę uwag do załączonego wzoru umowy (załącznik nr 3 do ogłoszenia) i akceptuję jej warunki.</p> <p>..... dnia</p> <p style="text-align: right;">..... <i>Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu oferenta</i></p>

VII. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY			
	Należy wstawić znak X w miejscu, które „dotyczy” lub „nie dotyczy” oferenta	DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS		
2.	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG		

3.	Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
4.	Kopia polisy ubezpieczeniowej OC		
5.	Inne		

Dołączone do oferty dokumenty mogą mieć formę:

- 1) kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta,
- 2) pobranego z właściwej ewidencji elektronicznego wydruku.

DATA	PIECZĄTKA OFERENTA	PODPIS osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta