

.....
Miejscowość, data

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na realizatora „Programu polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem wątroby typu C wśród mieszkańców województwa mazowieckiego” na lata 2023–2025 stanowiącego załącznik do uchwały nr 1475/433/23 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 5 września 2023 r. w sprawie „Programu polityki zdrowotnej badań przesiewowych w zakresie wczesnego wykrywania wirusem zapalenia wątroby typu C” na lata 2023–2025, zwanego dalej „programem”.

1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta:.....
Adres:
Forma prawna:
REGON:
NIP:.....
Imię i nazwisko osoby do kontaktu:.....
Nr telefonu kontaktowego:.....
Adres e-mail:
Adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP):.....
Nr rachunku bankowego:¹
Nazwa organu rejestrowego:.....
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

¹ Numer rachunku bankowego musi widnieć w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT - <https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka>. Jeśli podmiot nie ma obowiązku zgłoszenia do ww. rejestru, należy wskazać podstawę prawną. Dopuszcza się złożenie oświadczenia, że w przypadku wyboru Oferenta podany numer rachunku bankowego zostanie zgłoszony do ww. rejestru;

2. Kalkulacja kosztów

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu wraz z kosztami pośrednimi (zł)
Kwalifikacja uczestnika do programu	
Wykonanie badania wiedzy uczestnika (pre-test i post-test)	
Przeprowadzenie edukacji dla uczestników programu z zakresu zakażeń HCV	
Wykonanie badania wykrywającego przeciwciała anti-HCV	
Wykonanie badania HCV-RNA metodą PCR	
	Suma kosztów:

Koszty jednostkowe poszczególnych elementów nie mogą być wyższe niż koszty wskazane w treści programu w tabeli 5².

3. Kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu (należy wpisać TAK/NIE)

Lp.	Działanie	Personel medyczny (zasoby kadrowe i kompetencje osób zapewniających realizację programu)	Czy podmiot posiada wymieniony personel medyczny? (TAK/NIE)
1.	Edukacja zdrowotna uczestnika wraz z pre-testem i post-testem	co najmniej 1 osoba z wykształceniem wyższym z jednej z wymienionych dziedzin : medycyna, pielęgniarstwo, zdrowie publiczne, analityka medyczna i/lub co najmniej 1 osoba spełniająca łącznie następujące kryteria: a) ma aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego, b) posiada co najmniej 2-letnie , udokumentowane doświadczenie w pracy związanej z chorobami zakaźnymi	
2.	Kwalifikacja uczestnika	co najmniej 1 lekarz specjalista	
3.	Wykonanie badania wykrywającego przeciwciała anti-HCV i/lub wykonanie badania HCV-RNA metodą PCR	co najmniej 1 osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa	

² Treść programu stanowi Załącznik do uchwały nr 1474/433/23 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 5 września 2023 r. w sprawie „Programu polityki zdrowotnej badań przesiewowych w zakresie wczesnego wykrywania wirusem zapalenia wątroby typu C wśród mieszkańców województwa” na lata 2023-2025.

4. Liczba uczestników

Maksymalna liczba uczestników, którą Oferent deklaruje objąć świadczeniami w ramach programu (należy brać pod uwagę kalkulację przyjętą w programie z uwzględnieniem kosztów podanych w ofercie).

Deklarowana liczba osób:

- 2023 r.
- 2024 r.
- 2025 r.

5. Czas i miejsce dostępności świadczeń realizowanych w ramach programu³

Zobowiązuje się udzielać świadczenia od poniedziałku do piątku w następujących godzinach⁴:

Poniedziałek: od godz. do godz.

Wtorek: od godz. do godz.

Środa: od godz. do godz.

Czwartek: od godz. do godz.

Piątek: od godz. do godz.

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń w soboty i/lub w niedziele w następujących godzinach:⁵

Sobota: od..... godz. do.....godz.

Niedziela: od.....godz. do.....godz.⁶

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

6. Oświadczenia Oferenta

- 1) Oświadczam, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji programu, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.
- 2) Oświadczam, że w stosunku do Oferenta wskazanego w ofercie nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 3) Oświadczam, że nie byłem/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

³ W przypadku udzielania świadczeń realizowanych w ramach programu w kilku lokalizacjach należy wskazać godziny ich udzielania odrębnie dla każdej z lokalizacji

⁴ Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu w każdej ze wskazanych lokalizacji z zakresu przeprowadzenia badania przeciwciał anty-HCV oraz badania HCV-RNA powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 5 dni w tygodniu, przez 3 godziny dziennie (w godzinach porannych tj. maksymalnie do 12:00).

⁵ Zobowiązanie się do udzielania świadczeń w soboty i/lub niedziele jest dodatkowo punktowane.

⁶ W przypadku nie udzielania świadczeń w soboty i/lub niedziele, proszę wstawić „-”.

- 4) Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.
- 5) Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych w programie.
- 6) Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
- 7) Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie.

Lista załączników

- projekt pre-testu i post-testu dla uczestnika programu wraz z kluczem odpowiedzi,
- pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę – w przypadku, gdy oferta niezostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie.

.....

(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)