

.....  
(pieczęć oferenta)

.....  
(miejsowość i data)

### Formularz oferty

Nazwa programu, na realizację którego składana jest oferta:

**Program polityki zdrowotnej pn. Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ożarów Mazowiecki powyżej 50 roku życia**

Nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym):

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

Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....  
.....

Adres siedziby oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

.....  
.....

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania oferenta

.....  
.....

Imię i nazwisko głównego księgowego lub osoby upoważnionej do prowadzenia rozliczenia finansowego

.....  
.....

NIP :..... REGON: .....

Nazwa banku i nr konta bankowego:

.....  
.....

Adres gabinetu/ów, w którym/ch będzie realizowany program:

.....  
.....

- 1) Zobowiązuję/emy się realizować program w 2023 roku obejmujący:
  - a) Przekazywanie we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom programu informacji o miejscu i czasie jego realizacji w sposób zwyczajowo przyjęty przez realizatora programu,
  - b) Promocję programu,
  - c) Przyjmowanie zgłoszeń, informowanie o terminach szczepień i rejestracji pacjentów,
  - d) Zakup szczepionek czterowalentnych przeciwko grypie oraz niezbędnych do realizacji zadania materiałów,
  - e) Przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia wraz z edukacją nt. profilaktyki grypy,
  - f) Wykonanie szczepień przeciwko grypie,
  - g) Prowadzenie ewidencji osób biorących udział w programie, uzyskanie niezbędnych dokumentów rekrutacyjnych, pisemnych zgód,
  - h) Poinformowanie zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO osób, których dane dotyczą o procedurze przetwarzania danych osobowych w ramach programu,
  - i) Informowanie zainteresowanych programem przedstawicieli środków masowego przekazu o udziale Gminy Ożarów Mazowiecki w jego realizacji,
  - j) Sporządzenie i przedłożenie przy dokonywaniu rozliczenia finansowego umowy, dokumentacji sprawozdawczej z realizacji programu, w formie pisemnej na określonych w umowie zasadach,
  - k) Przeprowadzenie i przekazanie Udzielającemu zamówienia ankiet, o których mowa w programie,
  - l) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - m) Prowadzenie stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
  - n) Zapewnienie wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń objętych programem.
- 2) Zobowiązuję/emy się zapewnić wszystkie materiały niezbędne do realizacji programu.
- 3) Oświadczam/y, że badania i szczepienia wykonane będą przez personel medyczny o potwierdzonych kwalifikacjach. Zobowiązuję/emy się wykonać całość zamówienia we własnym zakresie według harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia.
- 4) Zobowiązuję/emy się realizować program: od dnia podpisania umowy do 22 grudnia 2023 r.

**Telefoniczna rejestracja i informacja dla pacjentów:**

Nr tel. 22 ..... w dniach:..... w godz. od ..... do .....

Podczas rejestracji wyznaczony zostanie dzień i godzina przyjęcia pacjenta.

**Terminy udzielania świadczeń w ramach Programu:**

Pacjenci będą przyjmowani od ..... do ..... w godz. od ..... do .....

**Minimalna liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń objętych Programem:**  
(wskazanie rodzaju i liczby personelu):

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

**Dane kontaktowe (imię i nazwisko, nr telefonu służbowy, adres elektroniczny poczty e-mail służbowy) do osoby odpowiedzialnej za organizację Programu ze strony Przyjmującego zamówienie:**

.....

**Kalkulacja kosztów:**

1. Liczba szczepień:

|   |     |
|---|-----|
| Przewidywana (maksymalna)* liczba szczepień w ramach programu w 2023 roku | 670 |
|---|-----|

2. Cena:

|  |  |
|--|--|
| Jednostkowa cena szczepienia (w zł brutto – obejmuje <u>zakup szczepionki, badanie lekarskie, wykonanie usługi szczepienia oraz pozostałe elementy zadania określone w ust. 1 Warunków uczestnictwa w konkursie ofert stanowiących załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr B.0050.198.2023 Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego z dnia 4 lipca 2023 r.)</u> |  |
|--|--|

3. Koszt całkowity:

| Przewidywana (maksymalna)* liczba szczepień | Jednostkowa cena szczepienia (zł brutto) | Przewidywany (maksymalny) koszt szczepień (zł brutto) |
|---|--|---|
| 670   |  |   |

\* Liczba szczepień może ulec zmianie, Udzielający zamówienia pokryje koszty faktycznie zaszczepionych osób w ramach programu.

Kwota z poz. 3 Koszt całkowity wymagana jest w celu wyboru najkorzystniejszej oferty.

**Klauzula informacyjna dla oferentów:**

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, dalej (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Urząd Miejski w Ożarowie Mazowieckim (dalej: Urząd Miejski) z siedzibą w Ożarowie Mazowieckim, reprezentowany przez Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego, dane teleadresowe: 05-850 Ożarów Mazowiecki, ul. Kolejowa 2, tel.: (22) 731-32-00.
2. W Urzędzie Miejskim wyznaczaliśmy Inspektora Ochrony Danych (Łukasza Grabowskiego), z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z przysługujących praw związanych

z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować poprzez:

adres poczty elektronicznej e-mail: [iod@ozarow-mazowiecki.pl](mailto:iod@ozarow-mazowiecki.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

3. Dane osobowe przetwarzane są w celu:
  - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze,
  - wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach władzy publicznej powierzonej Administratorowi.
4. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO w celu udziału w konkursie na realizację programu polityki zdrowotnej.
5. Obowiązek prawny został przedstawiony w zarządzeniu Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego dotyczącym ww. programu.
6. Kategorie danych osobowych przetwarzanych w ramach działania zostały wskazane na formularzu oferty, (umowie, jeżeli zostanie zawarta z oferentem), w tabeli dotyczącej szczegółowego opisu kwalifikacji.
7. Z danych osobowych Administrator będzie korzystać do momentu zakończenia obowiązywania postępowania, a po tym czasie przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa, zgodnie z obowiązującą w Urzędzie Miejskim w Ożarowie Mazowieckim Instrukcją Kancelaryjną.
8. Dane mogą zostać udostępnione:
  - organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działającym na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
  - innym podmiotom, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Gminą Ożarów Mazowiecki przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Urząd Miejski reprezentowany przez Burmistrza Ożarowa Mazowieckiego.
9. Dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, jednakże nie będą podlegać procesom profilowania.
10. Dane nie trafią poza Europejski Obszar Gospodarczy.
11. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują następujące prawa:
  - żądania od Administratora dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,
  - żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych w przypadkach, o których mowa w art. 16 RODO,
  - żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 RODO,
  - żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 18 RODO,

- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 21 RODO,
  - prawo do przenoszenia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 20 RODO,
  - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
12. Udostępnienie danych osobowych jest konieczne w celu uczestnictwa w postępowaniu ofertowym.
13. Dane osobowe są pozyskiwane:
- bezpośrednio od osób, których dane dotyczą,
  - od pracodawcy, który bierze udział w postępowaniu ofertowym.

#### **Oświadczenia:**

- 1) Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjmuję/emy je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią Uchwały Nr LXVII/628/23 Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim z dnia 18 maja 2023 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ożarów Mazowiecki powyżej 50 roku życia wraz z załącznikiem.
- 3) Oświadczam/y, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program dopuszczone są pod względem sanitarnym przez Państwową Inspekcję Sanitarną – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
- 4) Oświadczam/y, że w przypadku wybrania niniejszej oferty program realizowany będzie przez personel medyczny posiadający następujące kwalifikacje:

| <b>L. p.</b> | <b>Imię i nazwisko, tytuł zawodowy</b> | <b>Szczegółowy opis kwalifikacji (posiadane specjalizacje, okres zatrudnienia u oferenta)</b> |
|--------------|--|---|
| 1            |  |   |
| 2            |  |   |
| 3            |  |   |
| 4            |  |   |

- 5) Oświadczam/y, że spełniam/y wszystkie wymogi konieczne określone w warunkach udziału w konkursie.
- 6) Świadom/i odpowiedzialności karnej oświadczam/y, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe oraz posiadam podstawę prawną na ich udostępnienie.
- 7) Zobowiązujemy się, w przypadku udostępnienia danych personelu do jego poinformowania zgodnie z art. 13 RODO.

W załączeniu przedkładam/y następujące dokumenty:

- 1) Aktualny wydruk księgi rejestrowej podmiotu leczniczego z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ubiegającego się o realizację programu (oferenta),
- 2) Kopię zaświadczenia o nr NIP oferenta,
- 3) Kopię zaświadczenia o nr REGON oferenta,
- 4) Kopię polisy ubezpieczenia OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie kopie dokumentów oraz wydruki powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania oferenta i sygnowane jego/ich podpisem (czytelnie imię i nazwisko).

.....  
(czytelny/e podpis/y osoby upoważnionej/osób  
upoważnionych do reprezentowania oferenta)