# Załącznik nr 3

do uchwały nr 6578/VI/23

Zarządu Województwa Dolnośląskiego

z dnia 28 lutego 2023 r.

# FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na realizatora zadania pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych u noworodków i niemowląt – poprawa opieki perinatalnej na terenie Województwa Dolnośląskiego” na lata 2023-2025** stanowiącego załącznik do uchwały nr 6476/VI/23 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 30 stycznia 2023 roku w sprawie przyjęcia do realizacji zadania pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych u noworodków i niemowląt – poprawa opieki perinatalnej na terenie Województwa Dolnośląskiego” na lata 2023-2025, zwanego dalej „programem”.

## Dane Oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta: |  |
| Adres siedziby: |  |
| Forma prawna: |  |
| REGON: |  |
| NIP: |  |
| Nr KRS/CEIDG: |  |
| Imię i Nazwisko osoby wskazanej do kontaktu z ramienia Oferenta: |  |
| Nr telefonu kontaktowego: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP): |  |
| Nr rachunku bankowego[[1]](#footnote-1): |  |
| Nazwa organu rejestrowego: |  |
| Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: |  |

## Dane partnera (jeżeli dotyczy)[[2]](#footnote-2)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa partnera: |  |
| Adres: |  |
| Forma prawna: |  |
| REGON: |  |
| NIP: |  |
| Nr KRS: |  |
| Nazwa organu rejestrowego: |  |
| Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: |  |

## Kalkulacja kosztów realizacji projektu w latach 2023-2025

## Koszty szacowane dla pacjentów w jednym roku realizacji programu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA KOSZTU DZIAŁANIA W PLN KOSZTY MERYTORYCZNE** | **Nazwa usługi / świadczenie/ procedura** | **Liczba jednostek/ rok** | **cena jednostkowa (zł)** | **Koszty w roku  (zł)** | | | **Koszt całkowity (zł)  (3 letni: 2023-2025)** |
| **2023** | **2024** | **2025** |
| Konsultacje w ramach konsylium specjalistów zgodnie z Programem | konsylia w danym roku,  3-7 specjalistów dla max 20 pacjentów | 52 |  |  |  |  |  |
| Konsultacja lekarska | wybrani pacjenci na jeden rok – dwie konsultacje dla jednego pacjenta (dla 500 pacjentów rocznie) | 1000 |  |  |  |  |  |
| Konsultacja psychologiczna | wybrani pacjenci na jeden rok / dwie konsultacje dla jednej rodziny pacjenta/ (dla 800 pacjentów rocznie) | 1600 |  |  |  |  |  |
| Konsultacja pielęgniarska | wybrani pacjenci na jeden rok / dwie konsultacje dla jednego pacjenta/ (dla 800 pacjentów rocznie) | 1600 |  |  |  |  |  |
| Obrazowe badania diagnostyczne | wybrani pacjenci na jeden rok / średnio 2 USG dla jednego pacjenta / (dla 500 pacjentów rocznie) | 1000 |  |  |  |  |  |
| Badanie wzroku noworodka | pacjenci na jeden rok (dla 800 pacjentów rocznie) | 800 |  |  |  |  |  |
| **SUMA KOSZTÓW MERYTORYCZNYCH**: | | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOSZTY POŚREDNIE  Nazwa** | **Koszty w roku (zł)** | | | **Koszt całkowity (zł) (3 letni: 2023-2025)** |
| **2023** | **2024** | **2025** |
| Praca koordynatora – 0,5 etatu – cały okres trwania program, 5 dni w tygodniu / umowa zlecenie 20h tygodniowo |  |  |  |  |
| Ewaluacja programu |  |  |  |  |
| Szkolenia, konferencje (x3) oraz i promocja Programu (podział kosztów zgodnie z Programem) |  |  |  |  |
| Administracja (obsługa księgowa, komputer, drukarka, materiały biurowe, koszty przesyłek, inne) |  |  |  |  |
| **SUMA KOSZTÓW POŚREDNICH**: |  |  |  |  |
| **SUMA KOSZTÓW**  (koszty merytoryczne + koszty pośrednie): |  |  |  |  |

Koszty poszczególnych elementów przewidzianych w programie nie mogą być wyższe niż koszty wskazane   
w programie.

Całkowity koszt projektu w latach 2023-2025

(suma kosztów) ………………………………………….. zł (słownie: ………………………………………………………………………………)

1. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w organizacji konferencji szkoleniowych w zakresie określonym   
   w programie: TAK/NIE\*

Do oferty dołączam / nie dołączam\* referencje

\*Niepotrzebne skreślić

1. Opis doświadczenia w realizacji innych programów polityki zdrowotnej w latach 2019-2022: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Opis dotychczasowej współpracy ze specjalistami pediatrii różnych specjalności medycznych: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Zapewnienie dostępności do świadczeń dla mieszkańców województwa dolnośląskiego[[3]](#footnote-3)

Minimalny udział procentowy uczestników, który Oferent deklaruje objąć świadczeniami w ramach programu w odniesieniu do miejsca zamieszkania uczestnika:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Deklarowany minimalny udział procentowy uczestników – mieszkańców poszczególnych subregionów:** | **2023 r.** | **2024 r.** | **2025 r.** |
| Subregion Legnicko - Głogowski |  |  |  |
| Subregion Sudecki |  |  |  |
| Obszar Wrocławia |  |  |  |

## 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 nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
  3. Oświadczam, że nie byłam/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych   
     z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłam/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
  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 posiada sprzęt i aparaturę medyczną o wymaganiach   
     i w ilości wskazanej w programie.Oświadczam, że sprzęt spełnia wszystkie normy zgodne   
     z obowiązującym prawem oraz posiada niezbędne certyfikaty.
  6. Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych   
     w programie.
  7. Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych   
     w programie.
  8. Oświadczenie, że Oferent współpracuje z regionalnymi ośrodkami neonatologicznymi i pediatrycznymi Województwa Dolnośląskiego oraz gwarantuje stworzenie opieki skoordynowanej.
  9. Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie,

## Lista załączników:

* + - umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony, w przypadku złożenia oferty   
      w partnerstwie (jeśli dotyczy) z określeniem podziału zadań lub zakresu realizacji programu przez poszczególne strony,
    - pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę –

w przypadku, gdy oferta nie zostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania   
w tym zakresie,

- referencje Oferenta .

………………………………………

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

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; [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. W takim przypadku do oferty powinna także zostać załączona umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony. W przypadku złożenia oferty w partnerstwie, świadczenia zdrowotne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą. [↑](#footnote-ref-2)
3. Oferent wypełnia tylko w przypadku deklaracji zapewnienia dostępności do świadczeń w określonym wymiarze. [↑](#footnote-ref-3)