# Załącznik nr 3

do uchwały nr 6796/NI/23

Zarządu Województwa Dolnośląskiego

z dnia 17 kwietnia 2023r.

# FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na realizatora programu polityki zdrowotnej pn."Program polityki zdrowotnej
w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych, w tym depresji oraz zapobiegania samobójstwom dla dzieci i młodzieży na terenie Województwa Dolnośląskiego" na lata 2023-2025**

stanowiącego załącznik do uchwały nr 6796/VI/23 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 17 kwietnia 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pn. "Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych, w tym depresji oraz zapobiegania samobójstwom dla dzieci i młodzieży na terenie Województwa Dolnośląskiego" na lata 2023-2025,

zwanego dalej „programem”.

## 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]](#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 :

Adres:

Forma prawna:

REGON:

NIP:

Nazwa organu rejestrowego:

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy
z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

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

**Tabela 1. Koszty jednostkowe**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ KOSZTU** | **cena jednostkowa (zł)** | **liczba godzin/ osób/miesiąc** | **koszt miesięczny (zł)** | **koszty roczne** | **Koszty 3 letnie (2023-2025)****( zł)** |
| Główny koordynator projektu -(brutto) z kosztami pracodawcy |  | 1 |  |  |  |
| Główny konsultant medyczny (lekarz) - przygotowanie dokumentacji, nadzór merytoryczny -15 h miesięcznie (brutto) z kosztami pracodawcy |  | 15 |  |  |  |
| Pracownik infolinii głównej-(brutto) z kosztami pracodawcy- 100 h miesięcznie |  | 1 |  |  |  |
| Koszt infolinii + nagrywanie |  | 1 |  |  |  |
| Koszt telefonu komórkowego koordynatora głównego |  | 1 |  |  |  |
| Wynagrodzenie dla koordynatorów regionalnych-(brutto) z kosztami pracodawcy |  | 4 |  |  |  |
| Wynajęcie pomieszczeń do spotkań terapeutycznych 4 pomieszczenia po 1 w każdym regionie |  | 4 |  |  |  |
| Spotkania diagnostyczne (brutto) z kosztami pracodawcy dla 4 regionów |  | 180 |  |  |  |
| Spotkanie wspierające (brutto) z kosztami pracodawcy dla 4 regionów |  | 120 |  |  |  |
| Koszty dojazdu  |   |   |   |  |  |

 (suma kosztów) w latach 2023-2025…………………………………………………………………..………

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.....................................................................

**4. Opis zasobów kadrowych (osób: terapeutów, psychoterapeutów, psychiatrów) w odniesieniu do planowanych interwencji w programie** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. 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 |  |  |  |

## 8. 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.
	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 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:

* + - 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.

………………………………………

(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)