# Załącznik nr 4

do uchwały nr ………………………………

Zarządu Województwa Dolnośląskiego

z dnia……………………………….

# FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na realizatora zadania pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla mieszkańców województwa dolnośląskiego” na lata 2025-2027**

## 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 2025-2027

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ROK 2025** | **Liczba** | **Jednostka** | **Cena** | **Wartość** |
| **Koszty bezpośrednie** |
| Kampania  | 1 | usługa |  |  |
| szkolenia |  1 | usługa |   |   |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **Szczepienia wychwytujące** |
| Kwalifikacja lekarska | 1500 | osoba |  |  |
| Koszt szczepionki | 1500 | sztuk |  |  |
| Koszt podania szczepionki  | 1500 | usługa |  |  |
| koordynacja | 6 | miesięcy |  |  |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **Koszty pośrednie** |
| Obsługa kadrowa, administracyjna, finansowa | 6 | miesięcy |  |  |
| Ewaluacja i monitoring | 1 |  |  |  |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **SUMA** |   |   |   |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ROK 2026** | **Liczba** | **Jednostka** | **Cena** | **Wartość** |
| **Koszty bezpośrednie** |
| Kampania  | 1 | usługa |  |  |
| szkolenia |  1 | usługa |   |   |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **Szczepienia wychwytujące** |
| Kwalifikacja lekarska | 1500 | osoba |  |  |
| Koszt szczepionki | 1500 | sztuk |  |  |
| Koszt podania szczepionki  | 1500 | usługa |  |  |
| koordynacja | 12 | miesięcy |  |  |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **Koszty pośrednie** |
| Obsługa kadrowa, administracyjna, finansowa | 12 | miesięcy |  |  |
| Ewaluacja i monitoring | 1 |  |  |  |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **SUMA** |   |   |   |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ROK 2027** | **Liczba** | **Jednostka** | **Cena** | **Wartość** |
| **Koszty bezpośrednie** |
| Kampania  | 1 | usługa |  |  |
| szkolenia |  1 | usługa |   |   |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **Szczepienia wychwytujące** |
| Kwalifikacja lekarska | 1500 | osoba |  |  |
| Koszt szczepionki | 1500 | sztuk |  |  |
| Koszt podania szczepionki  | 1500 | usługa |  |  |
| koordynacja | 12 | miesięcy |  |  |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **Koszty pośrednie** |
| Obsługa kadrowa, administracyjna, finansowa | 12 | miesięcy |  |  |
| Ewaluacja i monitoring | 1 |  |  |  |
| **Razem** |   |   |   |  |
| **SUMA** |   |   |   |  |

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

Całkowity koszt projektu w latach 2025-2027

(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 2021-2024: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
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:

## 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 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:

* + - 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)