**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

### **FORMULARZ OFERTOWY**

### **Konkurs ofert na wybór realizatorów zadania z zakresu zdrowia publicznego w przedmiocie profilaktyki chorób w obszarze profilaktyki grypy wśród dorosłych mieszkańców Gdyni.**

**…………………………………………………………………………..**

**Przedmiot konkursu ofert**

|  |
| --- |
| **I. Wykaz danych ewidencyjnych Oferenta** |
| **1. Pełna nazwa Oferenta** | **2. Pieczęć Oferenta** |
| **3. Adres siedziby Oferenta** | **Nr telefonu** | **Nr faksu** | **E-mail** |
| **4. Status prawny Oferenta** | **5. Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych** |
| **6. Nr wpisu do KRS lub wpisu do ewidencji działalności gospodarczej** | **7. Nr NIP** | **8. Nr REGON** |
| **9. Nazwa banku** | **10. Nr rachunku bankowego** |
| **II. Osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta** |
| **1. Dane osoby kierującej (imię nazwisko)** | **Nr telefonu** | **Stanowisko** | **E - mail** |
| **2. Dane osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli, zgodnie z odpisem z KRS lub innymi dokumentami potwierdzającymi status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących (imię i nazwisko)** | **Nr telefonu** | **Stanowisko** | **E - mail** |
| **3. Dane osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie (imię i nazwisko)**  | **Nr telefonu** | **Stanowisko** | **E - mail** |

**III. Szczegółowy opis sposobu realizacji zadania**

|  |
| --- |
|  |

**IV. Opis proponowanych działań informacyjno - promocyjnych**

|  |
| --- |
|  |

**V. Określenie miejsca realizacji zadania w terminie do 31.12.2020 r.:**

Realizacja zadania na terenie i w pomieszczeniach Oferenta znajdujących się na terenie Gminy Miasta Gdyni pod adresem

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**VI. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania**

|  |
| --- |
| Zadanie realizowane w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2020 r. |
| Poszczególne działaniaw zakresie realizowanego zadania | Terminy realizacjiposzczególnych działań | Oferent lub inny podmiot odpowiedzialny za działanie w zakresie realizowanego zadania |
|  |  |  |

**VII. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert, w tym doświadczenie w realizacji przedmiotu konkursu (należy podać w latach)**

|  |
| --- |
|  |

**VIII. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobach kadrowych
i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób**

|  |
| --- |
| **Zasoby rzeczowe:**  |
| **Zasoby kadrowe (w tym zasoby innego podmiotu odpowiedzialnego za realizację zadania, jeśli dotyczy):** |
| **L.P.** | **Imię i nazwisko** | **Tytuł zawodowy, staż pracy**  | **Specjalizacje,** **kwalifikacje** | **Wykonywane obowiązki w przedmiocie konkursu** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**IX. Informacja o wysokości wnioskowanych środków ………………………………..zł (słownie złotych: ……………………………………………………………………)**

|  |  |
| --- | --- |
| Planowana przez Oferenta liczba osób objętych akcją szczepień |  |
| Planowany koszt jednostkowy wykonania jednego pakietu dla uczestnika |  |
| Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania, w tym uwzględniająca koszty administracyjne |  |

Reprezentując ……………………………………………………………………..., po zapoznaniu się zapisami ogłoszenia o przeprowadzeniu konkursu ofert na wybór realizatorów zadania z zakresu zdrowia publicznego w przedmiocie profilaktyki chorób w obszarze profilaktyki grypy wśród dorosłych mieszkańców Gdyni, oświadczam, że:

1. uzyskaliśmy konieczne informacje i niezbędne dokumenty do przygotowania
i złożenia oferty,
2. jesteśmy podmiotem, który posiada odpowiednie przygotowanie, potencjał finansowy, kadrowy i techniczny, który w momencie uzyskania zamówienia pozwala na jego realizację zgodnie z obowiązującymi przepisami,
3. przedmiot konkursu zamierzamy realizować sami / przy udziale podwykonawców *(niepotrzebne skreślić*),
4. przedmiot konkursu ofert będzie realizowany zgodnie ze specyfikacją zawartą w ogłoszeniu konkursowym oraz opisem przedstawionym w ofercie,
5. na niniejszą ofertę składa się ........... kolejno ponumerowanych i podpisanych stron,
6. w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umów, w miejscu
i terminie wskazanym przez zleceniodawcę,
7. dane przedstawione w ofercie i załącznikach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
8. załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
9. posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej / zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy.
10. wyrażam zgodę na przystąpienie do negocjacji cen zgodnie z zapisem zawartym w rozdziale XII ust. II pkt. 2-6.
11. ustalone ceny zawarte w ofercie lub po negocjacji nie będą podlegać zmianie przez cały okres obowiązywania umowy.

…………........................…………………….

 (podpis(y) osoby / osób upoważnionej (ych)

 do składania oferty oraz pieczątka

Data …………….......................

Wykaz załączników:

1. ……………………………………..

2. …………………………………….

 **Załącznik nr 5** **do Ogłoszenia**

**Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych**

Oświadczam, że w stosunku do …………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………… (wpisać pełną nazwę podmiotu składającego ofertę), nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

…………........................…………………….

 (podpis(y) osoby / osób upoważnionej (ych)

 do składania oferty oraz pieczątka

Data ……………..........................

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę
o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe**

1. Oświadczam, iż nie byłam/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi.
2. Oświadczam, że nie byłam/em skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

…………........................…………………….

 (podpis(y) osoby / osób upoważnionej (ych)

 do składania oferty oraz pieczątka

Data ……………..........................

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym**

Działając w imieniu i na rzecz ………………………………………………..…………….

………………………………………………………………………………………………. (wpisać pełną nazwę podmiotu składającego ofertę), oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest jedynym posiadaczem rachunku bankowego w Banku …………………………………... numer ………………………………………………, na który zostaną przekazane środki.

Jednocześnie oświadczam, że …………………………………………………………….. (wpisać pełną nazwę podmiotu składającego ofertę), zobowiązuje się do utrzymywania wyżej oznaczonego rachunku bankowego na wyłączność do chwili zaakceptowania rozliczenia przyznanych środków finansowych pod względem finansowym i rzeczowym.

…………........................…………………….

 (podpis(y) osoby / osób upoważnionej (ych)

 do składania oferty oraz pieczątka

Data ……………..........................

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł**

Działając w imieniu i na rzecz …………………………………………………………….... (wpisać pełną nazwę podmiotu składającego ofertę), oświadczam, że kwota przyznanych środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł poza wkładem własnym.

…………........................…………………….

(podpis(y) osoby / osób upoważnionej (ych)

 do składania oferty oraz pieczątka

Data ……………..........................

Załącznik nr 9 do Ogłoszenia

**Oświadczenie o akceptacji projektu umowy**

Oświadczam, iż akceptuję treść załączonego projektu umowy na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w przedmiocie profilaktyki chorób w obszarze profilaktyki grypy wśród dorosłych mieszkańców Gdyni.

…………........................…………………….

(podpis(y) osoby / osób upoważnionej (ych)

 do składania oferty oraz pieczątka

Data ……………..........................

**Załącznik nr 11 do Ogłoszenia**

**PROJEKT**

UMOWA O REALIZACJĘ ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

nr ……………………………..

w przedmiocie profilaktyki chorób w obszarze profilaktyki grypy wśród dorosłych mieszkańców Gdyni.

zawarta w dniu …………………………... w Gdyni, między:

Gminą Miasta Gdyni - Gdynia - Miasto na prawach Powiatu z siedzibą w Gdyni przy Al. M. Piłsudskiego 52/54, NIP 5862312326 reprezentowaną przez:

Annę Melki - dyrektora jednostki budżetowej Gdyńskie Centrum Zdrowia z siedzibą w Gdyni przy ul. Władysława IV 43, NIP 5862317683, REGON 367221863 na podstawie udzielonego przez Prezydenta Miasta Gdyni pełnomocnictwa, zwanym dalej „Zleceniodawcą”,

a …………………………………. z siedzibą w Gdyni przy ul. ……………………… wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego\* pod numerem KRS: …………, REGON …………., NIP …………………. zwanym dalej „Zleceniobiorcą”, reprezentowanym przez:

………………. – ……………………

………………. – ……………………

Strony, działając w oparciu o zapisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, postanowiły zawrzeć Umowę o następującej treści.

§ 1.

1. Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy, realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w przedmiocie profilaktyki chorób w obszarze profilaktyki grypy wśród dorosłych mieszkańców Gdyni, określonego szczegółowo w ofercie złożonej przez Zleceniobiorcę w dniu …………………… r., a Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać zadanie w zakresie i na warunkach określonych w umowie, zwane dalej „Zadaniem”.

§ 2

Zleceniobiorca jest zobowiązany do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie i na zasadach określonych w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz stosownych aktów wykonawczych.

§ 3

1. Termin realizacji zadania publicznego ustala się od dnia **………….. do 31.12.2020 r.**

1. Zleceniodawca zobowiązuje się do przekazania na realizację zadania środki finansowe w wysokości **………. zł** (słownie złotych: ……………………………..), na rachunek bankowy Zleceniobiorcy nr: ………………………………. w terminie do … dni od dnia zawarcia niniejszej umowy.

1. Wartość umowy wskazana w § 3 pkt 1 może zostać zwiększona pod warunkiem zabezpieczenia niezbędnych środków w budżecie miasta Gdyni.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że jest jedynym posiadaczem wskazanego w ust. 6 rachunku bankowego i zobowiązuje się do utrzymania wskazanego rachunku nie krócej niż do dnia zaakceptowania przez Zleceniodawcę sprawozdania z realizacji zadania.
3. W przypadku opóźnienia w realizacji umowy zagrażającego jej wykonaniu Zleceniodawca będzie uprawniony do wypowiedzenia umowy w jej niewykonanej części.

§ 4

1. Niewykorzystane środki finansowe podlegają zwrotowi na rachunek bankowy Zleceniodawcy nr …………………………………………………. w terminie 15 dni od określonego w Umowie dnia wykonania Zadania.
2. Od kwoty niewykorzystanych środków finansowych zwróconych po terminie określonym w ust. 1 nalicza się odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, począwszy od dnia następującego po upływie terminu zwrotu niewykorzystanych środków finansowych.
3. Środki finansowe wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem, pobrane w nadmiernej wysokości lub pobrane nienależnie, podlegają zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w ciągu 15 dni od dnia stwierdzenia okoliczności uzasadniających ich zwrot.
4. Odsetki od środków finansowych podlegających zwrotowi nalicza się począwszy od dnia:
	1. przekazania środków – w przypadku środków finansowych wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem;
	2. następującego po upływie terminu zwrotu określonego w ust. 3 w odniesieniu do środków finansowych pobranych nienależnie lub w nadmiernej wysokości.

§ 5

1. Należności wypłacone na podstawie Umowy nie mogą być przeznaczone na inne cele niż związane z wykonywaniem Zadania.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest wydatkować uzyskane środki w sposób najbardziej racjonalny i celowy, przy jednoczesnym realizowaniu Zadania zgodnie z przyjętymi standardami.

§ 6

Dane pozyskane w trakcie realizacji umowy obejmują także dane osobowe. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, zgodnie z Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.Urz.UE.L 2016 Nr 119, str. 1 oraz innymi przepisami w tym zakresie.

§ 7

W związku realizacją niniejszej Umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest do:

1. prowadzenia rejestru osób zaszczepionych w ramach umowy zawierającego dane: nazwa i adres podmiotu leczniczego realizującego akcję szczepień, miesiąc realizacji, imię i nazwisko uczestnika, miejsce zamieszkania uczestnika, rok urodzenia uczestnika, datę wykonania szczepienia u uczestnika, podpis uczestnika potwierdzający poddanie się szczepieniu.
2. prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
3. sporządzania dodatkowych informacji i sprawozdań na wezwanie Zamawiającego,
4. złożenia sprawozdania końcowego z wykonania zadania w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji zadania,

§ 8

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do poddania się kontroli przeprowadzanej przez Zleceniodawcę dotyczącej właściwego wykorzystania środków uzyskanych na podstawie niniejszej Umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przedstawicielom Zleceniodawcy podczas i w związku z przeprowadzaną kontrolą.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do wykonania zaleceń pokontrolnych w wyznaczonych terminach.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości związanych z wykonywaniem Umowy i nie zastosowaniem się do zaleceń pokontrolnych Zleceniodawcy może dokonać pomniejszenia należności Zleceniobiorcy zagwarantowanych niniejszą Umową.

§ 9

Załącznikiem do niniejszej umowy jest poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione ksero aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody, będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie działań objętych umową zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, a w sytuacji zakończenia ważności tej polisy, dostarcza Zleceniodawcy kolejną polisę w terminie do 1 dnia od upływu terminu ważności poprzedniej.

§ 10

Zleceniobiorca zobowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania wynikającego z Umowy, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania jest następstwem okoliczności, za które Zleceniobiorca odpowiedzialności nie ponosi.

§ 11

1. Zleceniodawca może rozwiązać Umowę w całości lub w części ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach:

1. wykorzystywania środków pieniężnych przekazanych przez Zleceniodawcę na inne cele niż określone w Umowie,
2. podania przez Zleceniobiorcę niezgodnych ze stanem faktycznym danych i informacji będących podstawą finansowania Zadania.

§ 12

1. Każda zmiana warunków Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
3. Sprawy sporne rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.
4. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zleceniodawcy i jeden dla Zleceniodawcy.

 Zleceniodawca: Zleceniobiorca:

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

Załączniki:

Nr 1 – Polisa OC

Nr 2 – zakres realizacji zadania – oferta Zleceniobiorcy

Nr 3 – sprawozdanie merytoryczno-finansowe końcowe

Załącznik nr 3 do Umowy

…………………………………

Pieczęć nagłówkowa jednostki

**Sprawozdanie finansowo - merytoryczne - końcowe**

**z realizacji Umowy nr ……….………….. z dnia …………..**

1. Kwota środków przekazanych na realizację zadania …………………………..………..

2. Łączna liczba osób uczestniczących w akcji szczepień w 2020 r.: …………, w tym:

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba osób zaszczepionych |  |
| Liczba osób niezakwalifikowanych do szczepień |  |
| Liczba osób, które odmówiły wykonania szczepienia |  |
| Liczba NOP |  |

**Uwagi podmiotu realizującego zadanie:**

|  |
| --- |
|  |

Gdynia, dnia ………………… …….………………………….

podpis(y) osoby / osób upoważnionej (ych) do składania sprawozdania oraz pieczątka