

.....

Miejscowość, data

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na realizatora „Programu polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego, stanowiącego załącznik do uchwały nr 1809/187/20 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 24 listopada 2020 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego”, na lata 2021-2022, zwanego dalej „programem”.

1. Dane Oferenta¹

Nazwa Oferenta:

.....

Adres siedziby:.....

REGON:.....

NIP:.....

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Nr telefonu kontaktowego:.....

Adres e-mail:.....

Nr rachunku bankowego:²

Nazwa organu rejestrowego:.....

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

2. Dane partnera (jeżeli dotyczy)³

Nazwa:

.....

¹ 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.

² 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.

³ 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.

Adres siedziby:.....

REGON:.....

NIP:.....

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Nr telefonu kontaktowego:

Nazwa organu rejestrowego:

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

3. Kalkulacja kosztów

Wartości świadczeń przewidzianych w programie przypadające na jedną grupę uczniów.

1. Koszty bezpośrednie wraz z kosztami pośrednimi (wartość kosztów pośrednich wynosi 10% wysokości kosztów ogółem):

- działania edukacyjne 16 godzin (zajęcia teoretyczne – 6 godzin, zajęcia praktyczne – 10 godzin):zł⁴
- przeprowadzenie pre-testu i post – testu z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej:zł⁴

2. Suma kosztów z punktu 1.:zł

Suma kosztu jeden grupy (w zł) nie może przekraczać kwoty wskazanej w programie (Tabela nr 3, kolumna „Suma”: **2.363,77 zł**).

4. Liczba uczestników:

Maksymalna liczba uczestników, którą Oferent deklaruje objąć świadczeniami w ramach programu (**należy brać pod uwagę liczbę grup uczniów wskazaną w programie – rozdział**

3.1. Populacja docelowa, z uwzględnieniem kosztów podanych w ofercie)⁵

- 2021 r.
- 2022 r.

Deklarowana łączna liczba grup uczniów (łącznie lata: 2021-2022).

⁴ Koszt za jedną grupę uczniów.

⁵ Na podstawie analizy budżetu województwa mazowieckiego, szkolenie zostanie przeprowadzone dla około 253 grup, liczących po około 30 uczniów, a zatem w program objmie około 7 600 uczniów. Należy zaznaczyć, że zajęcia praktyczne mają odbywać się w podgrupach o liczebności nieprzekraczającej 10 uczniów.

5. Liczba i kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu ⁶

Lp.	Świadczenie w ramach programu	Liczba osób	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje
1.	Działania edukacyjne 16 godzin (zajęcia teoretyczne – 6 godzin, zajęcia praktyczne – 10 godzin)			
2.	Przeprowadzenie pre-testu i post testu z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej			

6. Czas i miejsce dostępności świadczeń w ramach programu w zakresie działań edukacyjnych (zajęcia teoretyczne, zajęcia praktyczne wraz z przeprowadzeniem pre-testu i post-testu z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej)⁷

Zobowiązuję się udzielać świadczeń od poniedziałku do piątku w następujących godzinach:

Poniedziałek: od godz. do godz.

Wtorek: od godz. do godz.

Środa: od godz. do godz.

Czwartek: od godz. do godz.

Piątek: od godz. do godz.

Miejsce udzielania świadczeń: (wpisać nazwę szkoły), (wpisać nazwę miasta, ulicy z numerem).

7. Propozycje promocji zadania (należy opisać planowany sposób promocji)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⁶ Nie należy wpisywać danych osobowych pracowników.

⁷ Na podstawie złożonych przez Dyrektorów szkół deklaracji uczestnictwa w programie.

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 Oferent posiada sprzęt szkoleniowy wskazany w programie⁸. Oświadczam, że sprzęt spełnia wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiada niezbędne certyfikaty.
- 3) Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuję zgodnie z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych w programie.
- 4) Oświadczam, że zapewnię prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
- 5) Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w ogłoszeniu.

9. Załączniki:

- kopia deklaracji szkoły, podpisanej przez Dyrektora Szkoły o uczestnictwie w programie,
- potwierdzenie doświadczenia w realizacji zadań publicznych polegających na prowadzeniu szkoleń z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej w ciągu ostatnich 3 lat - referencje, opinie.

.....

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

⁸ Fantomy do resuscytacji, defibrylator AED, koce termiczne, chusty trójkątne, apteczki.