**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

**Wymagania stawiane Oferentom**

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Brzeg w wieku 65 lat i więcej” w roku 2019.

1. **Nazwa zadania:** Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Brzeg w wieku 65 lat i więcej” w roku 2019. Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych na terenie Gminy Brzeg i będą finansowane z Budżetu Gminy Brzeg.

2. **Cel zadania:** Zmniejszenie zapadalności na grypę i infekcje grypopochodne wśród mieszkańców w wieku powyżej 65 lat.

3. **Wymagania stawiane oferentom:**

1) Realizatorem zadania może być podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. 2018 poz. 2190 z późn. zm.), prowadzący działalność leczniczą na terenie Gminy Brzeg oraz spełniający warunki określone w ogłoszeniu o konkursie.

2) Realizator zadania zatrudnia, na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, wykwalifikowany personel medyczny zgodnie z obowiązującymi przepisami dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

3) Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz realizator zadania również musi brać czynny udział w wykonywaniu zadań określonych w wymaganiach stawianych Oferentom. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z wykonawcami.

4. **Miejsce realizacji zadania:** Gmina Brzeg, w tym: infrastruktura pozostająca w dyspozycji Urzędu Miasta w Brzegu na terenie Gminy Brzeg (edukacja zdrowotna) oraz infrastruktura pozostająca w dyspozycji Wykonawcy lub Podwykonawców (szczepienia p/grypie). Realizator Programu dysponuje odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz rzeczowymi, które są niezbędne do realizacji Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zaplanowane działania i świadczenia zdrowotne będą udzielane w miejscu/miejscach wskazanym/-ch przez realizatora Programu z podaniem dostępności do zaplanowanych działań i interwencji tj.: danych teleadresowych oraz dni i godzin miejsca realizacji Programu.

**5. Realizator we własnym zakresie będzie prowadził nabór osób do Programu i kwalifikację do szczepień przeciw grypie.**

6. **Adresaci zadania:** ok. 250 mieszkańców wyłącznie z Gminy Brzeg w wieku 65 lat i więcej.

7. **Zakres zadania:** Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Brzeg w wieku 65 lat i więcej” w roku 2019 poprzez:

**I.** Przeprowadzenie Programu w dwóch etapach (zgodnie z załączonym opisem Programu):

1) **Etap I:** Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej adresowanej do populacji docelowej w Programie, w tym:

a. opracowanie, druk oraz rozpowszechnienie na terenie Gminy Brzeg ulotek i plakatów informacyjnych,

b. umieszczenie informacji o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania na stronie internetowej Wykonawcy oraz w miejscu udzielania świadczeń w ramach Programu,

c. poinformowanie lokalnych mediów o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania,

d. zorganizowanie i przeprowadzenie min. 2 wykładów max. 90-minutowych z zakresu edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na profilaktykę grypy w grupach około 40-osobowych w populacji docelowej;

2) **Etap II:** Wizyta lekarska kwalifikująca do szczepienia, wykonanie szczepienia p/grypie, wypełnienie zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym (**zał. 1 Opisu programu polityki zdrowotnej**) i karty uodpornienia uczestnika Programu (**zał. 2 Opisu programu polityki zdrowotnej**) oraz przekazanie pacjentowi ankiety satysfakcji pacjenta (**zał. 4 Opisu programu polityki zdrowotnej**).

**II.** Prowadzenia sprawozdawczości z realizacji Programu zgodnie z **zał. 3 Opisu programu polityki zdrowotnej** w formie pisemnej/elektronicznej edytowalnej w programie Word lub Excel, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie przepisów Rozporządzenia 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) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000 z późn. zm.) na potrzeby Programu.

8. Realizator zobowiązany jest do prowadzenia i archiwizowania wyodrębnionej dokumentacji medycznej realizowanego programu polityki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

9. Czas realizacji zadania: **od dnia zawarcia umowy do dnia 10.12.2019 r.**

**10. Koszty, które w szczególności nie mogą zostać sfinansowane w ramach zadania:**

a) tworzenie funduszy kapitałowych;

b) działania, których celem jest przyznawanie dotacji lub stypendiów dla osób prawnych lub fizycznych, których przyznanie nie jest integralną częścią zgłoszonego projektu;

c) dotowanie przedsięwzięć, które są dofinansowywane z budżetu Miasta;

d) pokrycie deficytu zrealizowanych wcześniej przedsięwzięć oraz refundację kosztów zrealizowanych wcześniej przedsięwzięć, tworzenie rezerw na pokrycie przyszłych strat lub zobowiązań;

e) zakup budowli, budynków, lokali, gruntów.

**11. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania, w tym również szkody wyrządzone przez podwykonawców.**

Z-ca Burmistrza Brzegu

(-) Tomasz Witkowski

**Załącznik nr 2 do ogłoszenia**

**Formularz Ofertowy – Informacje o Oferencie**

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Brzeg w wieku 65 lat i więcej” w roku 2019.

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

……………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………….......

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

……………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………….......

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.: ……………………………………………………………………………………

b) numer fax. ……………………………………………………………………………………

b) adres e-mail: …………………………………………………………………………………

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

……………………………………………………………………………………………….......

5. Nr NIP Oferenta: ……………………………………………………………………………..

6. Nr REGON Oferenta: ………………………………………………………………………...

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru): ………………………………………………………………………..

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej: …………………………………………………………………………………...

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

………………01……………………………………………………………………………….......

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

……………………………………………………………………………………………….......

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

……………………………………………………………………………………………….......

12. Miejsce realizacji planowanych w ramach II etapu Programu działań profilaktycznych tj. szczepień p/grypie (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa | Adres | Tel. Kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji | Dni i godziny realizacji zadania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

13. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do realizacji działań II etapu Programu tj. szczepień p/grypie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Skład personelu  (np. lekarz, pielęgniarka i inne) | Niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu | Forma współpracy z oferentem | Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu |
| a\1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

14. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na miesiące w roku kalendarzowym 2019.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc | Rodzaj udzielanego świadczenia w ramach realizacji Programu |
| 1 | Wrzesień |  |
| 2 | Październik |  |
| 3 | Listopad |  |
| 4 | Grudzień |  |

15. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy)

……………………………………………………………………………………………….......

16. Planowane działania informacyjne:

……………………………………………………………………………………………..........

……………………………………………………………………………………………..........

17. Doświadczenie w realizacji zadań/programów o tym samym lub podobnym zakresie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu**:

………………………. ……………………………..

(data) (pieczątka i podpis oferenta)

Z-ca Burmistrza Brzegu

(-) Tomasz Witkowski

**Załącznik nr 3 do ogłoszenia**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Brzeg w wieku 65 lat i więcej” w roku 2019.

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

……………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………….......

2. Kalkulacja kosztów zadania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I. Koszty w ramach etapu I,II | | | | |
| Lp. | Rodzaj kosztu | Liczba osób | Koszt jednostkowy brutto | Koszt całkowity brutto |
| 1. | Koszt wizyty kwalifikującej do szczepienia oraz wykonania szczepienia p/grypie zgodnie z pkt. 7.I.2 - **Zał. Nr 1 do ogłoszenia Wymagania stawiane Oferentom** |  |  |  |
| Pozostałe koszty niezbędne do realizacji zadania | | | | |
|  | Rodzaj kosztu | | | Koszt całkowity brutto |
| 2. | -opracowanie, druk oraz rozpowszechnienie na terenie Gminy Brzeg ulotek i plakatów informacyjnych,  -zorganizowanie i przeprowadzenie min. 2 wykładów max. 90-minutowych z zakresu edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na profilaktykę grypy w grupach około 40 osobowych w populacji docelowej zgodnie z pkt. 7.I.1.a,d- **Zał. Nr 1 do ogłoszenia Wymagania stawiane Oferentom** | | |  |
| **Ogółem:** | | | |  |

**Łączny koszt brutto:** …………... zł(słownie …………………………………………………)

………………………. ……………………………..

(data) (pieczątka i podpis oferenta)

Z-ca Burmistrza Brzegu

(-) Tomasz Witkowski

**Załącznik nr 4 do ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERETNA**

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Brzeg w wieku 65 lat i więcej” w roku 2019.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem Programu.

2. Potwierdzam liczbę i kwalifikacje zawodowe osób uprawnionych do udzielania świadczeń określonych w załączniku nr 1 w ramach zadania objętego konkursem.

3. Spełniam wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu.

4. Dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

5. Podpisane zostały wstępne umowy o współpracy z ewentualnymi podwykonawcami Programu.

6. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu.

7. Potwierdzam fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, nie będę wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

8. Podmiot prowadzi politykę bezpieczeństwa danych osobowych.

9. Nie byłem/byłam karany i nie orzeczono wobec mnie zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

………………………. ……………………………..

(data) (pieczątka i podpis oferenta)

Z-ca Burmistrza Brzegu

(-) Tomasz Witkowski