

Załącznik nr 4 do ogłoszenia Zarządu Powiatu Kaliskiego
na wybór Realizatora w latach 2021-2022 Programu Edukacji Zdrowotnej wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz
szczepień przeciwko WZW typu B realizowanego przez Powiat Kaliski w ramach projektu „Program edukacji
zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B na terenie Aglomeracji Kalisko
- Ostrowskiej”.

.....
(pieczęć Realizatora)

.....
(data złożenia oferty)

FORMULARZ OFERTOWY

**na Realizatora Programu Edukacji Zdrowotnej wykrywania zakażeń HBV i HCV
oraz szczepień przeciwko WZW typu B realizowanego przez Powiat Kaliski w
ramach projektu „Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i
HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B na terenie Aglomeracji Kalisko -
Ostrowskiej”**

I. DANE REALIZATORA

1. Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....
.....

2. Dokładny adres:

mięscowość.....

ul.....

tel.....fax.....

email:.....

http: //

3. Numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność
leczniczą

.....

4. NIP:.....

5. Regon:.....

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. „Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B na terenie
Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej” [RPWP.06.06.03-30-0003/18-00] jest dofinansowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego
Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

7. Osoba/y prawnie upoważniona/e do reprezentowania Realizatora:

1)

.....

Imię i nazwisko

funkcja

tel.

2)

Imię i nazwisko

funkcja

tel.

8. Osoba/y odpowiedzialna za realizację Programu :

1)

.....

Imię i nazwisko

funkcja

tel.

2)

Imię i nazwisko

funkcja

tel.

II. KALKULACJA KOSZTÓW:

Lp.	Nazwa działania	Ilość jedn.	Jednostka	Koszt jedn. brutto	Suma brutto
1	Opracowanie i wydruk dokumentów dla uczestników programu	90 522	szt.		
2	Przeprowadzanie ankiet, przeprowadzenie edukacji zdrowotnej, kwalifikacja do grupy ryzyka, kwalifikacja do szczepień	9994 (POZ)	osoba		
		2006 (żółte weekendy)	osoba		
3	Przeprowadzenie badań w kierunku HCV oraz HBV wśród osób z grupy ryzyka	2376	badanie		
4	Przeprowadzenie ponownego badania w kierunku HCV	66	badanie		
5	Szczepienie HBV (3 dawki)	6885	osoba		
WARTOŚĆ RAZEM BRUTTO:					



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. „Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B na terenie Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej” [RPWP.06.06.03-30-0003/18-00] jest dofinansowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

III. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ZADANIA:

Dotychczasowe doświadczenie w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu):

.....

.....

.....

.....

IV. OKREŚLENIE WARUNKÓW LOKALOWYCH:

Lokalizacja: - miejsce realizacji działań (adres)*:

MIASTO KALISZ

.....

.....

.....

MIASTO OSTRÓW WIELKOPOLSKI

.....

.....

.....

INNE

.....

.....

.....



SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. „Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B na terenie Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej” [RPWP.06.06.03-30-0003/18-00] jest dofinansowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

V. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art.14 „RODO”^{***} wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.^{***}

2. Oświadczam, że nie jestem powiązany ze Zleceniodawcą osobowo lub kapitałowo^{****}.

.....
(data, podpis i pieczęć osób upoważnionych)

** Realizator, który polega na zasobach innych podmiotów, musi udowodnić Zleceniodawcy, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.*

*** 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 119z 04.05.2016, str. 1).*

**** w przypadku gdy Realizator nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Realizator nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)*

***** przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego i jego jednostek organizacyjnych lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego i jego jednostek organizacyjnych czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:*

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;*
- b) posiadania co najmniej 10% udziałów lub akcji;*
- c) pełnienia funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;*
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.*



SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

