Załącznik Nr 1

do Uchwały Nr 279/VIII/2016

Zarządu Powiatu Nowotarskiego

z dnia 2 sierpnia 2016 r.

**OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU ZDROWOTNEGO PN:**

***„ PROGRAM ZDOWOTNY DOTYCZĄCY PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ PNEUMOKOKOWYCH   
W MAŁOPOLSCE” w 2016 roku***

**Przedmiot konkursu**

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora „***Programu zdrowotnego dotyczącego profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce”*** w 2016 roku na terenie Powiatu nowotarskiego, zwanego dalej „Programem”

**Rodzaj zadania**

1. Opracowanie Programu zostało zlecone i sfinansowane przez Województwo Małopolskie. Program będzie realizowany przez Powiat Nowotarski na podstawie niewyłącznej, nieodpłatnej umowy licencyjnej Nr 21/PS.IV/16 zawartej w dniu 7 czerwca 2016 roku upoważniającej do korzystania z autorskich praw majątkowych Programu.
2. Program uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 74/2014 z dnia 28 kwietnia 2014 r.
3. Program jest dostępny bip.malopolska.pl/pobierz/1082132.html
4. Zlecenie zadań w ramach realizacji Programu, odbywać się będzie poprzez udzielenie finansowania wybranym w konkursie podmiotom leczniczym, spełniającym wszystkie określone w niniejszym ogłoszeniu warunki konkursowe.
5. Okres realizacji Programu przewidywany jest na czas od momentu zawarcia umowy do 7 grudnia 2016 roku.

**Zakres realizacji zadania Programu**

1. Zakres przedmiotowy Programu obejmuje wykonanie szczepień ochronnych poprzedzonych każdorazowo badaniem lekarskim kwalifikującym dziecko do szczepienia wraz z odnotowaniem wykonania świadczenia w stosownej dokumentacji. Szczepione mogą być dzieci, które nie były nigdy objęte szczepieniami przeciwko pneumokokom oraz dzieci, które rozpoczęły szczepienia (są w trakcie realizacji cyklu szczepień), ale nie otrzymały wszystkich wymaganych dawek szczepionki. W całym cyklu szczepień, dla konkretnego dziecka, należy stosować tą samą szczepionkę.
2. Szczepieniami przeciwko pneumokokom winny być objęte dzieci, które w dniu przystępowania do Programu tj. podawania pierwszej (i ostatniej) dawki szczepienia **nie mają więcej niż 3 lata.**
3. Przewidywalna minimalna łączna liczba dawek szczepionek planowana do wykonania w ramach realizacji Programu wynosi - 622
4. Program szczepień przeciwko pneumokokom skierowany jest do dzieci, urodzonych w roku 2013 (wyłącznie tych, które nie ukończyły 3 roku życia) i dzieci urodzonych w latach 2014-2016, zameldowanych na terenie Powiatu Nowotarskiego, w tym:
5. zaszczepienie co najmniej 272 dawkami dzieci z Gminy Nowy Targ;
6. zaszczepienie co najmniej 200 dawkami dzieci z Gminy Czarny Dunajec;
7. zaszczepienie co najmniej 150 dawkami dzieci z Gminy Miasta Nowy Targ;

**i za wyjątkiem:**

1. dzieci z placówek sprawujących opiekę całodobową nad dziećmi oraz uczęszczających do żłobków,
2. dzieci wcześniej zaszczepionych przeciwko pneumokokom,
3. dzieci zaliczonych do grup ryzyka uprawniających do nieodpłatnego szczepienia w ramach obowiązującego Programu Szczepień Ochronnych na rok 2016.
4. Poprzez placówki sprawujące całodobową opiekę nad dziećmi pozbawionymi opieki rodzicielskiej należy rozumieć placówki opiekuńczo-wychowawcze (z wyjątkiem opieki rodzicielskiej należy rozumieć placówek typu interwencyjnego) oraz rodzinne domy dziecka zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z [2016 r. poz. 575](http://sip.lex.pl/#/akt/17720793) ).
5. Poprzez żłobki należy rozumieć placówki sprawujące opiekę na dziećmi do lat 3, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 2011r. o opiece nad dziećmi do lat 3 (Dz.U. z 2016r. poz. 157) tj. żłobki i kluby dziecięce.
6. Realizatorzy Programu zobowiązani będą do wykonania szczepień według schematu – zgodnego z charakterystyką zastosowanego produktu leczniczego CHPL(Charakterystyka Produktu Leczniczego) – odpowiednio dostosowanego do wieku dziecka rozpoczynającego lub kontynuującego cykl szczepień.
7. Realizatorem Programu na terenie jednej Gminy może być tylko jeden podmiot leczniczy. Podmiot ten obejmuje szczepieniami dzieci wyszczególnione w ust. 2 rocznikach urodzeniowych, w tym dzieci zapisane do lekarza pierwszego kontaktu u innych świadczeniodawców na terenie danej gminy.
8. Przedmiot konkursu ofert został podzielony na części , z których każda część dotyczy szczepień na terenie danej Gminy. Oferent może złożyć ofertę na wykonanie jednej lub większej liczby części zgonie z formularzem ofertowym stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia. W sytuacji objęcia szczepieniami większej liczby części przedmiotu konkursu oferent składa ofertę na każdą z części na odrębnym formularzu ofertowym.
9. Do zadań wybranych Realizatorów programu należy:
10. dotarcie z informacją o programie do rodziców do rodziców/opiekunów dzieci spełniających kryteria udziału w programie (działania edukacyjne), w tym również do rodziców dziewcząt zapisanych do lekarza pierwszego kontaktu na terenie danej gminy
11. rekrutacja dzieci do programu (rejestracja – ustalenie terminarza wykonywania szczepień),
12. nawiązanie współpracy z podmiotami leczniczymi posiadającymi w swej strukturze jednostki podstawowej opieki zdrowotnej wraz z punktem szczepień i działającymi na terenie poszczególnych gmin z Powiatu Nowotarskiego w celu promocji Programu, prowadzenia kampanii edukacyjnej,
13. zakup preparatu medycznego (szczepionki skonfigurowanej przeciwko pneumokokom, preparatu zatwierdzonego i dopuszczonego do obrotu w Polsce, o wysokim profilu bezpieczeństwa, wysokiej immunogenności i sprawdzonej skuteczności),
14. przeprowadzenie badań lekarskich (kwalifikacja do szczepienia)
15. uzyskanie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego dziecka na wykonywanie szczepienia oraz na przetwarzanie danych osobowych dziecka na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem programu,
16. wykonanie szczepień przeciwko pneumokokom po uprzedniej kwalifikacji lekarskiej przez posiadające stosowne uprawnienia pielęgniarki pod nadzorem lekarzy pediatrów lub lekarzy w trakcie specjalizacji z pediatrii i przy udziale rodziców/opiekunów, którzy wyrażają chęć zaszczepienia swojego dziecka znajdującego się wśród osób objętych Programem,
17. prowadzenie stosownej dokumentacji medycznej określonej w umowie,
18. współpraca z Wojewódzkim Koordynatorem Programu, tj. Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym im. Św. Ludwika w Krakowie w zakresie kampanii informacyjno – edukacyjnej Programu .
19. Realizatorzy Programu zobowiązani są do zapewnienia realizacji szczepień przez fachowych pracowników medycznych posiadających stosowne wykształcenie i uprawnienia zawodowe.
20. Zważywszy, że Program finansowany jest ze środków publicznych realizatorzy Programu zobowiązani są do nie podejmowania działań, które mogłyby wzbudzić obawy o brak obiektywizmu wobec producentów produktów leczniczych lub wyrobów medycznych.
21. Realizatorzy Programu zobowiązani są do prowadzenia stosownej dokumentacji merytorycznej i finansowej z realizacji Programu oraz złożenia sprawozdania merytoryczno-finansowego z przebiegu jego wdrażania, w tym: dokumentację potwierdzającą działania zrealizowane w ramach zadania (liczba lekarskich kwalifikacji, liczba szczepionych dzieci ogółem oraz wg roczników urodzeniowych, liczbę zastosowanych dawek szczepionki wg roczników urodzeniowych oraz zastosowanego schematu szczepień, zestawienie kosztów wydatkowanych w ramach realizacji zadania (koszty ogółem, kwota wydatkowania na 1 dawkę preparatu szczepionkowego oraz koszty zakupu szczepionek ogółem).

**Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania**

1. Zaplanowana kwota środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu wynosi łącznie **100 482,75 zł**, w tym ze środków dotacji budżetowej Województwa Małopolskiego : **50.882,75 zł,** ze środkówGminy Nowy Targ : **43 100,00 zł** , Gminy Czarny Dunajec : **3 000,00 zł** oraz Gminy Miasta Nowy Targ **3 500,00 zł.**
2. Planowana kwota środków finansowych przeznaczonych dla poszczególnych gmin:
3. zaszczepienie co najmniej 272 dawkami dzieci z Gminy Nowy Targ – kwota środków **65 349,60 zł.**
4. zaszczepienie co najmniej 200 dawkami dzieci z Gminy Czarny Dunajec – kwota środków **19 360 zł**
5. zaszczepienie co najmniej 150 dawkami dzieci z Gminy Miasta Nowy Targ – kwota środków **15 770 zł**

**Wymagania stawiane Realizatorowi niezbędne do realizacji Programu**

1. Do konkursu mogą przystąpić podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ([Dz.U. z 2015 r. poz. 618](http://sip.lex.pl/#/akt/17709549) ze zm.).
2. Wymaganie formalne stawiane Realizatorowi, niezbędne do realizacji Programu:

wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wskazanego w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ([Dz.U. z 2015 r. poz. 618](http://sip.lex.pl/#/akt/17709549) ze zm.).

**Wymagania merytoryczne:**

1. posiadanie w strukturze jednostki podstawowej opieki zdrowotnej, w tym gabinetu lekarskiego do konsultacji dzieci objętych działaniami programu wraz z punktem szczepień, spełniającego pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa i pozwalającego na przeprowadzenie badań oraz szczepień w sposób nie kolidujący z bieżącą działalnością podmiotu.
2. zapewnienie udzielenia świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach w tym: zatrudnionych lekarzy pediatrów, lekarzy specjalizujących się w dziedzinie pediatrii, pielęgniarek absolwentek kursu specjalistycznego dotyczącego szczepień ochronnych,
3. posiadanie w stałym nadzorze pediatrycznym dzieci w roczniku podlegającym szczepieniu, zameldowanych na terenie danej Gminy z terenu Powiatu Nowotarskiego.

**Wymagania lokalowe i sprzętowe:**

1. posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji Programu,
2. posiadanie sprawnej linii telefonicznej.

**Termin i miejsce składanie ofert**

1. Ofertę należy sporządzić na wymaganym formularzu ofertowym wg wzoru stanowiącego załącznik do niniejszego ogłoszenia w formie pisemnej i złożyć w zamkniętej kopercie w *Starostwie Powiatowym w Nowym Targu ul. Bolesława Wstydliwego 14, 34-400 Nowy Targ, pokój 308 (Sekretariat)* w terminie **do dnia 17 sierpnia 2016 roku** z dopiskiem: „Oferta na realizację Programu – „**Program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce’ w roku 2016” – NIE OTWIERAĆ**
2. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę na jedną lub więcej części przedmiotu konkursu.
3. Decyduje **data wpływu** oferty do siedziby Starostwa Powiatowego w Nowym Targu, ul. Bolesława Wstydliwego 14 potwierdzona pieczęcią wpływu, a nie data stempla pocztowego.
4. Złożone oferty podlegają ocenie formalnej i merytorycznej.
5. Złożenie oferty nie jest równoznaczne z zapewnieniem przyznania finansowania.
6. Oferty złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

**Oferta powinna zwierać:**

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami szczegółowymi Programu.
2. Dane dotyczące Oferenta Programu.
3. Wskazanie liczby kwalifikacji personelu fachowego biorącego udział w Programie.
4. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny umożliwiający realizację Programu.
5. Liczbę dzieci w rocznikach urodzeniowych podlegających szczepieniu, zameldowanych na terenie Powiatu Nowotarskiego i zapisanych do lekarza pierwszego kontaktu (pediatry) w przypadku wszystkich części przedmiotu konkursu lub liczbę dzieci w rocznikach urodzeniowych podlegających szczepieniu zameldowanych na terenie Powiatu Nowotarskiego i zapisanych do lekarza pierwszego kontaktu (pediatry) w przypadku części przedmiotu konkursu.
6. Do oferty należy dołączyć wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
7. Załączniki muszą spełniać wymogi ważności, tzn. muszą być podpisane przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli i spełniać następujące warunki:
8. W przypadku załączników składanych w formie kopii każda strona załącznika winna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione,
9. Jeżeli osoby uprawnione nie dysponują pieczątkami imiennymi każda strona winna być podpisana pełnym imieniem i nazwiskiem i nazwiskiem z zaznaczeniem pełnionej funkcji,
10. Każda strona opatrzona winna być także datą potwierdzenia zgodności z oryginałem.
11. Wszystkie pola oferty muszą zostać wypełnione, w miejscach które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

**Rozstrzygnięcie konkursu ofert**

1. Otwarcie ofert, stwierdzenie ważności oraz ich wstępna ocena nastąpi do dnia

**31 sierpnia 2016 roku** w siedzibie Starostwa Powiatowego w Nowym Targu przy ul. Bolesława Wstydliwego 14.

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi do dnia **6 września 2016 roku**
2. Zarząd Powiatu Nowotarskiego zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
3. Ocena merytoryczna będzie dokonywana na podstawie poniższych kryteriów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Max.**  **liczba**  **punktów** | **Przyznana**  **liczba**  **punktów** |
| **Ocena jednostkowa kosztu całkowitego ( koszt na 1 beneficjenta):**  - ocena najniższa ze wszystkich ofert (50pkt)  - przy najwyższej oferowanej ocenie liczbę punktów wylicza się ze wzoru:  (najniższa ocena jednostkowa /ocena jednostkowa danej oferty) x 50 pkt | **50 pkt** |  |
| **Ocena sposobu realizacji Programu** |  |  |
| - sposób zorganizowania i przeprowadzenia Programu ( działań promocyjnych, informacyjnych) | **5 pkt** |  |
| - ocena warunków lokalowych, sprzętu (komputer, telefon) niezbędnych do realizacji Programu | **5 pkt** |  |
| - ocena udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach, w tym: zatrudnionych lekarzy pediatrów, lekarzy specjalizujących się w dziedzinie pediatrii, pielęgniarek absolwentek kursu specjalistycznego dotyczącego szczepień ochronnych, | **10 pkt** |  |
| - posiadanie w swojej strukturze jednostki podstawowej opieki zdrowotnej w tym gabinetu lekarskiego do konsultacji dzieci objętych działaniami Programu wraz z punktem szczepień, | **10 pkt** |  |
| - posiadanie w stałym nadzorze pediatrycznym dzieci w rocznikach podlegających szczepieniu, zameldowanych na terenie danej Gminy (części przedmiotu konkursu) z terenu Powiatu Nowotarskiego. | **10 pkt** |  |
| Dodatkowe kryteria |  |  |
| - doświadczenie w realizacji zadań o podobnym charakterze i zasięgu | **10 pkt** |  |
|  |  |  |
| **OGÓŁEM** | **100 pkt** |  |

1. Komisja Konkursowa przedstawi Zarządowi Powiatu Nowotarskiego propozycję wyboru ofert. Decyzję o wyborze ofert i udzieleniu dofinansowania podejmuje Zarząd spośród wykazu ofert zarekomendowanych przez komisję konkursową –  
   w formie uchwały.
2. Wyniki konkursu ofert zostaną podane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicy ogłoszeń Starostwa Powiatowego w Nowym Targu oraz Biuletynie Informacji Publicznej Powiatu Nowotarskiego.
3. Dodatkowe informacje na temat konkursu można uzyskać pod numerem tel. :

18 26 613 37 lub 18 266 13 36.

1. W sprawach ewentualnych skarg dotyczących konkursu mają zastosowania odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego dotyczące przetargu.

Załącznik nr 1   
do ogłoszenia konkursu ofert   
na wybór realizatora programu zdrowotnego pn :  
 „Program zdrowotny

dotyczący profilaktyki zakażeń  
 pneumokokowych   
w Małopolsce**”** w 2016 roku

**FORMULARZ OFERTY na część dotyczącą Gminy…………………………………….**

***(odrębnie dla każdej części czyli Gminy)***

**„Program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce” w 2016 roku**

**1.DANE OFERENTA:**

1. **Pełna nazwa………………………………………………………………………………………………………………………**
2. **Adres podmiotu leczniczego: ulica…………………………………………kod……………………………………**

**Miejscowość……………………………………………tel…………………………………………….fax…………………**

**…………………e- mail…………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Status prawny oferenta……………………………………………………………………………………………………..**
2. **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą…………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej …**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**NIP…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**REGON………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nazwa banku i nr rachunku…………………………………………………………………………………………………**

1. **Dane o osobie kierującej podmiotem leczniczym:**

**Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Stanowisko…………………………………………………Tel………………………..fax………………………………….**

**e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Dane o osobie odpowiedzialnej za koordynację programu w podmiocie leczniczym:**

**Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Stanowisko…………………………………………………Tel………………………..fax………………………………….**

**e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Dane o osobie odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu w podmiocie leczniczym:**

**Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Stanowisko…………………………………………………Tel………………………..fax………………………………….**

**e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**II. INFORMACJA O ZASOBACH KADROWYCH OFERENTA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lekarze** | | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko,** | **Kwalifikacje zawodowe**  (tytuł zawodowy, specjalizacja) | **Staż pracy** | | **Zakres zadań w ramach programu** |
| **1** |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Pielęgniarki** | | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  (tytuł zawodowy, specjalizacja, kursy w zakresie szczepień ochronnych) | | **Staż pracy** | **Zakres zadań w ramach programu** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

**III. KALKULACJA PZREWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU W GMINIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kosztorys** | | |
| **1.** | **Kalkulacja kosztów wykonania jednej dawki szczepionki t.j.** koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki | **Koszt jednostkowy :……………zł(brutto)** |
| 1. **badanie lekarskie……………zł** |
| **b) wykonanie szczepienia-……….zł** |
| 1. **koszt 1 dawki szczepionki-..…..zł** |
| **2.** | **Liczba planowanych dawek szczepionki** | **………………………………………………**  Należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent planuje wykonać w ramach realizacji zadania |
| **3.** | **Harmonogram planowanych działań**  **(należy podać konkretne terminy)** | **…………………………………………………….**  **…………………………………………………….**  **……………………………………………………**  termin zakończenia realizacji musi być zgodny z podanym w ogłoszeniu |
| **4.** | **Koszt całkowity realizacji programu**  **(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek)** | **………………………………….zł brutto** |

**IV. DOSTĘPNOŚC DO ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH W RAMACH PROGRAMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI LOKALOWO- SPRZĘTOWE** | | | |
| **1.** | **Czy oferent posiada gabinet lekarski do konsultacji dzieci objętych działaniami programu wraz z punktem szczepień , spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa i pozwalający na przeprowadzenie badań oraz szczepień w sposób niekolidujący z bieżącą działalnością podmiotu** |  |  |
| **2.** | **Czy oferent posiada sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu** | **tak** | **nie** |
|  |  |
| **3.** | **Czy oferent posiada sprawna linię telefoniczną** | **tak** | **nie** |
|  |  |
| **4.** | **Czy oferent posiada w stałym nadzorze pediatrycznym dziewczynki w roczniku 2013-2015** | **tak** | **nie** |
|  |  |

**V. INFORMACJE DODATKOWE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Doświadczenie oferenta w prowadzeniu programów zdrowotnych finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie szczepień ochronnych** |  | |
| **2.** | **Sposób dotarcia z informacją o programie do rodziców/ opiekunów dziewcząt, spełniających kryteria udziału w programie(działania edukacyjne) w tym również do rodziców dziewcząt zapisanych do lekarz pierwszego kontaktu u innych świadczeniodawców na terenie danej gminy** |  | |
| **3.** | **Dostępność do świadczeń (należy wskazać liczbę dni w tygodniu, w którym realizowany będzie program i w jakich godzinach)** |  | |
| **4.** | **Czy będzie istniała możliwość uzyskania informacji i rejestracji telefonicznej do programu** | **tak** | **nie** |
|  |  |

**Niniejszym oświadczam, że:**

**- wszystkie dane zawarte w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,**

**- zapoznaliśmy się z treścią *Programu zdrowotnego dotyczącego profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce,***

**- zapoznaliśmy się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert dla wyboru realizatora programu pn. : *Program zdrowotny dotyczącego profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce* w 2016 roku zawierającego szczegółowe warunki konkursu ofert,**

**- wykonamy świadczenia obejmujące zakres przedmiotowy konkursu na terenie Gminy……………………………………………………..oraz poniesiemy wyłączną odpowiedzialność za wykonane w ramach Programu, zarówno Zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich, na rzecz których udzielane będą przedmiotowe świadczenia,**

**- zapewnimy poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników Programu   
z zachowaniem wymogów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014r. poz. 1182 z poźn. zm.)**