

Załącznik nr 2
Wzór formularza ofertowego wraz z oświadczeniami

FORMULARZ OFERTY

I. INFORMACJA O PODMIOCIE

Dane podmiotu	
1.	Nazwa podmiotu
2.	Forma organizacyjna
3.	NIP
4.	REGON
5.	Adres siedziby
6.	Adres poczty elektronicznej
7.	Adres strony internetowej
8.	Osoba uprawniona do reprezentacji: imię, nazwisko, nr telefonu, adres poczty elektronicznej
9.	Dane osoby do kontaktu w sprawie niniejszej oferty: imię i nazwisko, nr telefonu, adres poczty elektronicznej

II. WYCENA ZADAŃ PRZEWDZIANYCH DO REALIZACJI

Poniżej w ujęciu tabelarycznym, na każde zadanie oddzielnie należy podać kwoty brutto wraz z przewidywanym czasem realizacji zadania wyrażonym w miesiącach.

Zadanie nr	Treść zadania	
<u>Zadanie nr 1</u>	Przygotowanie materiału informacyjno-edukacyjnego dla osób rekrutowanych do udziału w programie poprzez samodzielne wykonanie ankiety FINDRISK (szacowanie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2). Materiał opracowany w formie broszur:	
	1.1. Broszura dla osób rekrutowanych do wykonania ankiety FINDRISK - treści merytoryczne i promocyjne. 1.2. Broszura dla osób niespełniających kryteriów włączenia do testu OGTT (RPZ) – treści merytoryczne 1.3. Broszura dla osób spełniających kryteriów włączenia do testu OGTT (RPZ) – treści merytoryczne, informacyjne i promocyjne	
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:
<u>Zadanie nr 2</u>	Przygotowanie procedury postępowania rejestracyjnego uwzględniającego wydanie skierowania na badanie OGTT. Materiał opracowany w formie kwestionariusza działań:	
	2.1. Karta pracy – rejestracja uczestnika	
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:
<u>Zadanie nr 3</u>	Przygotowanie procedury interwencji behawioralnej w formie konsultacji pielęgniarskiej i lekarskiej dotyczącej etapu kwalifikacji uczestnika do programu (RPZ). Materiał opracowany w formie kwestionariuszy interwencji zawierających: cele, działania, narzędzia oraz opis kompetencji realizatorów edukacji.	
	3.1. Karta pracy pielęgniarki - kwalifikacja 3.2. Karta pracy lekarza - kwalifikacja	
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:
<u>Zadanie nr 4</u>	Przygotowanie materiału informacyjno-edukacyjnego dla osób uczestniczących w przesiewowym badaniu testem OGTT. Materiał opracowany w formie broszur:	
	4.1. Broszura dla osób z niepotwierdzonym stanem przedcukrzycowym 4.2. Broszura dla osób z podejrzeniem cukrzycy 4.3. Broszura dla osób ze stwierdzonym stanem przedcukrzycowym, tj. osób spełniających kryteria włączenia do etapu interwencji behawioralnej	
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:
<u>Zadanie nr 5</u>	Przygotowania planu realizacji modułu edukacji w formie szkolenia zawierającego 4 godziny dydaktyczne dla uczestników rozpoczynających udział w interwencji behawioralnej:	
	5.1. Scenariusz (w tym prezentacja w formacie Powe Point) – szkolenie 1	
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:
<u>Zadanie nr 6</u>	Przygotowanie procedury interwencji behawioralnej w formie konsultacji dotyczącej zachowań żywieniowych (dietetyk) oraz aktywności fizycznej (fizjoterapeuta) dotyczącej etapu interwencji behawioralnej (pierwsza konsultacja specjalistyczna). Materiał opracowany w formie kwestionariuszy interwencji zawierających: cele, działania, narzędzia oraz opis kompetencji realizatorów edukacji.	
	6.1. Karta pracy dietetyk – konsultacja 1 6.2. Karta pracy fizjoterapeuta – konsultacja 1	
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:
<u>Zadanie nr 7</u>	Przygotowanie procedury interwencji behawioralnej w formie konsultacji dotyczącej zachowań żywieniowych (dietetyk) oraz aktywności fizycznej (fizjoterapeuta) dotyczącej etapu interwencji behawioralnej (druga konsultacja specjalistyczna). Materiał opracowany w formie kwestionariuszy interwencji zawierających: cele, działania, narzędzia oraz opis kompetencji realizatorów edukacji.	
	7.1. Karta pracy dietetyk – konsultacja 2 7.2. Karta pracy fizjoterapeuta – konsultacja 2	

Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:	
<u>Zadanie nr 8</u>	Przygotowanie procedury interwencji behawioralnej w formie konsultacji dotyczącej zachowań żywieniowych (dietetyk) oraz aktywności fizycznej (fizjoterapeuta) dotyczącej etapu interwencji behawioralnej (trzecia konsultacja specjalistyczna). Materiał opracowany w formie kwestionariuszy interwencji zawierających: cele, działania, narzędzia oraz opis kompetencji realizatorów edukacji.		
	8.1. Karta pracy dietetyk – konsultacja 3 8.2. Karta pracy fizjoterapeuta – konsultacja 3		
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:	
<u>Zadanie nr 9</u>	Przygotowania planu realizacji modułu edukacji w formie szkolenia zawierającego 4 godziny dydaktyczne dla uczestników kończących udział w interwencji behawioralnej:		
	9.1. Scenariusz (w tym prezentacja w formacie Power Point) – szkolenie 2		
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:	
<u>Zadanie nr 10</u>	Przygotowanie procedury interwencji behawioralnej w formie konsultacji pielęgniarskiej i lekarskiej dotyczącej etapu zakończenia udziału uczestnika w programie (RPZ). Materiał opracowany w formie kwestionariuszy interwencji zawierających: cele, działania, narzędzia oraz opis kompetencji realizatorów edukacji:		
	10.1. Karta pracy pielęgniarki – zakończenie 10.2. Karta pracy lekarza - zakończenie		
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:	
<u>Zadanie nr 11</u>	Dostarczenie dedykowanej aplikacji na urządzenia mobilne działające w systemach iOS oraz Android, edukującej oraz wspierającej w procesie dokonywania zmian behawioralnych. Aplikacja zawierać powinna system CMS umożliwiający zarządzanie treściami oraz być podzielona na funkcjonalności ogólnodostępne oraz funkcjonalności dostępne dla użytkowników zarejestrowanych.		
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:	
<u>Zadanie nr 12</u>	Opracowanie, zaprojektowanie, skład i wydruk materiału informacyjnego dla osób z wykrytym stanem przedcukrzycowym. Materiał w postaci drukowanej w liczbie 1500 szt., o parametrach nie gorszych niż: katalog klejony, format B5, strony środka: 52 strony, druk 4+4 kolor, papier kreda silk 150g., okładka: karton z białym spodem GC1, 230g., druk 4+4, folia jednostronna mat.		
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:	
<u>Zadanie nr 13</u>	Opracowanie i wykonanie materiałów edukacyjnych na potrzeby szkolenia e-learningowego w postaci SCORM, w tym opracowanie treści szkolenia, bazy pytań testowych, ilustracji, animacji oraz udźwiękowania.		
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:	
<u>Zadanie nr 14</u>	Opracowanie i wykonanie zestawu wideoinstruktaży treningów dla aktywności fizycznej na potrzeby aplikacji mobilnej oraz konta uczestnika w systemie IT w postaci serii wysokiej jakości, udźwiękowionych materiałów video poddanych procesom postprodukcyjnym. Materiały w jakości FullHD lub wyższej.		
Kwota:		Czas realizacji w miesiącach:	
KWOTA RAZEM:			

.....
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)

III. OŚWIADCZENIA

W odpowiedzi na ogłoszony przez:

Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia (jednostka organizacyjna Gminy Miasta Gdańska) działający zgodnie z art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U. z 2014, poz. 1146 z późniejszymi zmianami) otwarty nabór na Partnera do wspólnej realizacji projektu pn. „Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy - program polityki zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2 u osób w wieku aktywności zawodowej na terenie Miasta Gdańska i Gminy Stegna” stanowiącego przedsięwzięcie realizujące Strategię Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych OMG-G-S do 2020r., przeznaczone do dofinansowania w ramach Działania 5.4 „Zdrowie na rynku pracy”, Poddziałanie 5.4.1 „Zdrowie na rynku pracy - mechanizm ZIT” RPO WP na lata 2014-2020,

składam ofertę udziału w planowanym projekcie oraz OŚWIADCZAM, że:

1. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i akceptuję jego zapisy.
2. Wyrażam wolę aktywnego udziału w realizacji koncepcji projektu.
3. Przystąpię do negocjacji i podpisania warunkowej umowy partnerskiej po zakończeniu procedury konkursowej.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia niniejszej procedury konkursowej na wybór Partnera do wspólnego projektu na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia RODO (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych).
5. Podmiot, który reprezentuję jest wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Pomorskiego oraz udziela świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ.
6. Dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania powierzonych zadań.
7. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia.
8. Podmiot, który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
9. Na podmiocie nie ciąży obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz rynkiem wewnętrznym, zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.2007.59.404 j.t. z późn. zm.).
10. Podmiot, który reprezentuję nie pozostaje pod zarządem komisarycznym lub nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego (w tym nie oddalono wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku majątku upadłego wystarczającego na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego), postępowania naprawczego.
11. Podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności zapisów art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2013 poz. 885 z późn. zm.).
12. Podmiot, który reprezentuję nie jest powiązany z Ogłaszającym konkurs na nabór partnera osobowo lub kapitałowo, przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Ogłaszającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Ogłaszającego lub osobami wykonującymi w jego imieniu czynności

związanych z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru Partnera, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w Spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- posiadaniu, co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- 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.

Wszystkie powyższe oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)

IV. OPIS KRYTERIÓW MERYTORYCZNYCH – proszę uzupełnić

1. Zgodność działania/profilu partnera z celem partnerstwa wyrażona w liczbie opracowanych procedur interwencji i/lub materiałów edukacyjnych w obszarze medycyny behawioralnej

Lp.	Nazwa procedury interwencji/materiału edukacyjnego	Cel opracowania	Źródło weryfikacji
1.			
2.			
3.			

2. Doświadczenie w realizacji projektów w zakresie zbieżnym z założeniami i celem projektu

Lp.	Tytuł projektu	Nr Umowy / Program lub Podmiot finansujący	Źródło weryfikacji
1.			
2.			
3.			

Załączniki:

1. Aktualny odpis z KRS lub inny równoważny dokument potwierdzający formę prawną i organizacyjną oraz umocowanie osób reprezentujących podmiot.
2. Pełnomocnictwo, jeżeli podmiot reprezentowany jest przez ustanowionego pełnomocnika – **jeśli dotyczy**.
3. Inne dot. spełnienia kryteriów merytorycznych – źródła weryfikacji.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka imienna i czytelny podpis osoby upoważnionej)

.....
(pieczęć jednostki/podmiotu)