**FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2020 ROK**

na wykonywanie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, doktorantów oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych z terenu województwa łódzkiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu, stażu uczniowskiego lub kształcenia są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia w stosunku do kandydatów, ubiegających się o przyjęcie do placówki dydaktycznej i posiadających skierowanie na badania wydane przez placówkę dydaktyczną.

I. **Dane oferenta:**

Pełna nazwa ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Dokładny adres (z kodem pocztowym) …………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Tel. ………………………………………… Fax …………………………………………

e - mail ………………………………………………………………………………………

NIP …………………………………………………………………………………………

REGON ……………………………………………………………………………………

***Osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji/rozliczeń usług zdrowotnych.***

Nazwisko i imię ……………………………………………………………………………

Bezpośredni numer telefonu, adres e – mail …………………………………………

………………………………………………………………………………………………

II.  **Plan rzeczowo – finansowy.**

1. *Łączna ilość osób planowanych do przebadania w 2020 roku* ……………………

2. *Cena badania jednej osoby\** …………………… *zł*

3. *Łączna kwota oferty* …………………… *zł*

\*/ maksymalna kwota za badanie jednej osoby, bez względu na ilość wydanych skierowań nie może przekroczyć 60 zł.

III. **Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będą realizowane usługi medyczne.**

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

IV. **Wykaz imienny i kwalifikacje zawodowe lekarzy medycyny pracy, którzy będą realizowali usługi medyczne, z uwzględnieniem ewentualnych zmian nazwiska.**

**Wymagane minimum – jeden lekarz medycyny pracy**

Wykaz imienny lekarzy medycyny pracy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych.

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

V. **Dostępność do usług medycznych.**

Dokładny adres udzielania usług i numer telefonu, umożliwiający kontakt pacjenta  
z placówką.

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń z zakresu medycyny pracy przez lekarza medycyny pracy: badań uczniów i słuchaczy, studentów, doktorantów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych.

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

VI. **Oświadczenie o wpisach do rejestrów (właściwe proszę zaznaczyć „ x”):**

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem:

□ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez ………………………………………………………………………,

pod numerem ………………………………………………………………………………,

□ praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez ………………………………………………………………………,

pod numerem ………………………………………………………………………………,

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

□ Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem ………………………………………………………………………………,

□ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

□ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

□ nie dotyczy

VII. **Informacja o warunkach przetwarzania danych osobowych.**

W sytuacji, gdy Pani/Pan jest osobą fizyczną:

1) Administratorem Pani/Pana danych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.

2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: e-mail: iod@lodzkie.pl.

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy w sprawie wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy – wykonywanie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, doktorantów oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych z terenu województwa łódzkiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu, stażu uczniowskiego lub kształcenia są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.

4) Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych może być organ administracji publicznej uprawniony do uzyskania takich informacji na podstawie przepisów prawa, użytkownicy Biuletynu Informacji Publicznej, użytkownicy strony internetowej zdrowie.lodzkie.pl, wnioskujący o udzielenie informacji publicznej.

5) Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6) Dane będą przechowywane przez okres realizacji umowy, nie dłużej jednak niż przez okres określony w przepisach dotyczących archiwizacji danych przekazanych do podmiotu publicznego.

7) Posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.

8) Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.

9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia procedury konkursowej oraz jest warunkiem zawarcia umowy. Ich niepodanie skutkuje nierozpatrzeniem oferty oraz brakiem możliwości zawarcia umowy.

10) Pani/Pana dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani poddane profilowaniu.

|  |
| --- |
|  |

………………………… …………………………………………………

data Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli

|  |
| --- |
|  |

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację usług medycznych w zakresie wykonywania badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, doktorantów oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych z terenu województwa łódzkiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu, stażu uczniowskiego lub kształcenia są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia w stosunku do kandydatów, ubiegających się o przyjęcie do placówki dydaktycznej i posiadających skierowanie na badania wydane przez placówkę dydaktyczną.

2. Dysponuje sprawną aparaturą i sprzętem medycznym niezbędnym do wykonywania świadczeń w zakresie medycyny pracy.

3. Zabezpiecza pełen zakres usług medycznych wykonywanych w poszczególnych badaniach specjalistycznych i laboratoryjnych.

4. Posiada w strukturach zakładu Poradnię Medycyny Pracy.

5. Wszystkie informacje podane w Formularzu oferty oraz w załącznikach do oferty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

6. Personel medyczny wskazany w Formularzu oferty, jako udzielający świadczeń  
w ramach badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, doktorantów oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych z terenu województwa łódzkiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu, stażu uczniowskiego lub kształcenia są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia w stosunku do kandydatów, ubiegających się o przyjęcie do placówki dydaktycznej i posiadających skierowanie na badania wydane przez placówkę dydaktyczną, wyraził pisemną zgodę na realizację przedmiotowych świadczeń (oświadczenie personelu z pisemną zgodą znajduje się w dyzpozycji Oferenta).

|  |
| --- |
|  |

………………………… …………………………………………………

data Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Do „FORMULARZA OFERTY – KONKURS 2020 ROK” należy dołączyć:**

- załącznik nr 1 (w zależności od statusu prawnego oferenta)

1.1.Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu I księgi rejestrowej oraz tego/tych fragmentu/fragmentów, który/które dotyczy/dotyczą realizacji przedmiotu konkursu ofert; natomiast pełen wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku praktyk zawodowych.

1.2.Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; <https://ems.ms.gov.pl/>).

1.3.W przypadku oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej  
w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności.

1.4.Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

- załącznik Nr 2 - kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.  
*W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację usług zdrowotnych z zakresu medycyny pracy należy dołączyć zobowiązanie oferenta do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Natomiast w przypadku braku polisy, oferent musi złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy*.

- załącznik Nr 3 - Kserokopię aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe lekarzy medycyny pracy, którzy będą realizowali usługi zdrowotne z zakresu medycyny pracy, wymienionych w Formularzu oferty w pkt IV ***Zaświadczenie Nr … o dokonaniu wpisu do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne,*** potwierdzone przez organ prowadzący rejestr lekarzy medycyny pracy (WOMPCP - L w Łodzi).

**Kopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność   
z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczątkę/-ki) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania oferenta.**

**Oferent składa tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert w ramach konkursu spowoduje, iż żadna z nich nie będzie rozpatrywana.**