

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr ..... 451/20  
Zarządu Województwa Łódzkiego  
z dnia..... 20 maja ..... 2020 r.

**Zarząd Województwa Łódzkiego**  
**90-051 Łódź Al. Piłsudskiego 8**

ogłasza konkurs ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w bloku tematycznym: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza uzasadniona stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego.

**Miejsce realizacji świadczeń – województwo łódzkie**

**Do składania ofert i uczestniczenia w konkursie zaprasza się:**

podmioty lecznicze oraz wykonujące działalność leczniczą zgodnie z art. 4 ust.1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, które posiadają uprawnienia do badań określonych ustawą z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy.

Do konkursu nie mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą, wobec których w okresie ostatnich dwóch lat została wydana decyzja administracyjna dotycząca zwrotu środków przyznanych z Budżetu Województwa Łódzkiego na finansowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej lub z którymi w ciągu ostatnich dwóch lat została rozwiązana umowa ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta na realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z Budżetu Województwa Łódzkiego.

**Miejsce składania ofert:**

Osobiście lub za pośrednictwem poczty – Biuro Podawcze Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego w Łodzi, 90 - 051 Łódź, Al. Piłsudskiego 8, parter.

**Termin składania ofert:**

Do dnia 15 czerwca 2020 roku w godzinach od 8<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup>

Oferty należy składać w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczętką zakładu, z zapisem Departament Polityki Zdrowotnej „Konkurs Ofert – Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza 2020”.

Za datę złożenia oferty przyjmuje się datę i godzinę wpływu oferty do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8.

Oferty nadesłane po terminie wskazanym powyżej nie będą rozpatrywane i zostaną odrzucone oraz odesłane w terminie 30 dni po rozstrzygnięciu konkursu ofert.

**Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:**

Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego  
90 - 051 Łódź, Al. Piłsudskiego 8, parter.

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie 30 dni od terminu określonego dla złożenia ofert.

**Termin związania ofertą**

Oferent jest związany złożoną ofertą do dnia rozstrzygnięcia konkursu.

**Możliwość uzupełniania braków formalnych**

Oferent zobowiązany jest do uzupełniania braków formalnych, w terminie 2 dni roboczych licząc od dnia wezwania do uzupełnienia przez Komisję Konkursową (za datę wezwania do uzupełnienia uznaje się datę wysłania drogą elektroniczną lub faksem). W przypadku uzupełniania braków formalnych wymagane dokumenty winny być aktualne, na dzień składania oferty.

Podstawą udzielania świadczeń będzie skierowanie lekarza prowadzącego medycyny pracy wraz z konsultacją lekarza rehabilitanta.

Wymagane są następujące rodzaje zabiegów rehabilitacyjnych:

- fizykoterapia,
- hydroterapia,
- kinezyterapia,
- masaż suchy częściowy,
- masaż limfatyczny ręczny.

Komisja Konkursowa zastrzega sobie prawo do zmiany wielkości środków finansowych proponowanych przez oferenta w 2020 roku.

Oferent może złożyć do Przewodniczącego Komisji Konkursowej umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 3 dni od daty ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej wyników postępowania konkursowego. Protest jest rozpatrywany w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania.

Umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych zostaną zawarte **od dnia ich podpisania do 30 listopada 2020 roku.**

Zarząd Województwa Łódzkiego zastrzega sobie prawo odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

„Formularz oferty - konkurs 2020 rok” można pobrać ze strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego <https://bip.lodzkie.pl/> z zakładki Konkursy.

**UWAGA:**

- Oferty należy złożyć na udostępnionym formularzu, zaś do oferty należy dołączyć właściwe dokumenty w nim wskazane.
- Oferty nie będą rozpatrywane, jeżeli zostaną złożone na formularzu innym niż obowiązujący w danym roku.
- Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis – „potwierdzono za zgodność z oryginałem” oraz czytelny podpis (lub podpis i pieczętkę) kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej do reprezentowania jednostki.
- Oferent składa tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert w ramach konkursu spowoduje, iż żadna z nich nie będzie rozpatrywana.
- Oferty nie spełniające wymagań formalnych zostaną **ODRZUCONE**.

**W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami konkursu ofert mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.**

.....  
(Pieczęć Oferenta)

.....  
(miejsowość i data)

### FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2020 ROK

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w bloku tematycznym: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza, uzasadniona stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego

#### I. Dane oferenta:

Pełna nazwa .....

.....

Dokładny adres (z kodem pocztowym) .....

.....

Tel. .... Fax .....

e - mail .....

NIP .....

REGON .....

Czy jednostka jest podatnikiem VAT .....

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

Nazwisko i imię .....

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

.....

#### II. Plan rzeczowo – finansowy.

##### 1. Cena poszczególnych rodzajów zabiegów:

- fizykoterapia (za jeden zabieg) ..... zł

- hydroterapia (za jeden zabieg) ..... zł

- kinezyterapia (za jeden zabieg) ..... zł

- masaż suchy częściowy (za jeden zabieg) ..... zł

- masaż limfatyczny ręczny (za jeden zabieg) ..... zł

- 2. *Badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych* ..... zł
- 3. *Badanie lekarza rehabilitanta* ..... zł
- 4. Proponowana łączna kwota oferty na 2020 rok ..... zł

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Wykaz aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do realizacji usług medycznych w zakresie medycyny pracy – ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Wykaz imienny i kwalifikacje zawodowe personelu medycznego, z uwzględnieniem ewentualnych zmian nazwisk.

1. Wykaz imienny lekarzy medycyny pracy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych. Wymagane minimum – jeden lekarz medycyny pracy

.....

.....

.....

2. Wykaz imienny lekarzy rehabilitantów. Wymagane minimum – jeden lekarz rehabilitacji

.....  
.....  
.....

3. Wykaz imienny rehabilitantów udzielających zabiegów rehabilitacyjnych. Wymagane minimum – jeden rehabilitant

.....  
.....  
.....

**VI. 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: rehabilitacja zawodowa.

.....  
.....  
.....

**VII. 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

#### **VIII. Informacja o warunkach przetwarzania danych osobowych.**

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

2) Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, drogą elektroniczną na adres e-mail: [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury konkursowej oraz zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w bloku tematycznym: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza uzasadniona stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO oraz 6 ust.1 lit. c) w związku z art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o służbie medycyny pracy.

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 oraz strony internetowej [www.zdrowie.lodzkie.pl](http://www.zdrowie.lodzkie.pl), wnioskujący o udzielenie informacji publicznej, dostawcy systemów informatycznych i usług IT.

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

- 6) Posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, a także prawo do usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.
- 8) Podanie danych osobowych jest warunkiem przystąpienia do procedury konkursowej, a także do zawarcia umowy z wyłonionymi w tej procedurze podmiotami. Podanie danych jest obowiązkowe. Ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości opracowania umowy, a tym samym jej zawarcia.

.....

data

.....

Podpis i pieczęć 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 świadczeń zdrowotnych w bloku tematycznym: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza, uzasadniona stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego.

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

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

4. Personel medyczny wskazany w Formularzu oferty, jako udzielający świadczeń w ramach ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego wyraził pisemną zgodę na realizację przedmiotowych świadczeń (oświadczenie personelu z pisemną zgodą znajduje się u Oferenta).

.....

data

.....

Podpis i pieczęć osoby/osób

upoważnionej/-ych do reprezentacji

oferenta i składania oświadczeń woli



**Do „Formularza oferty – KONKURS 2020” 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 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 osób, które będą realizowały usługi zdrowotne z zakresu medycyny pracy, wymienionych w Formularzu oferty:

· w pkt V.1 ***Zaświadczenie Nr ... o dokonaniu wpisu do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne*** potwierdzone przez organ prowadzący rejestr lekarzy medycyny pracy (WOMP CP- L w Łodzi),

· w pkt V.2 ***Dyplom o uzyskaniu tytułu specjalisty z zakresu rehabilitacji lub zaświadczenie o specjalizacji,***

· w pkt V.3 *Dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe rehabilitantów udzielających zabiegów rehabilitacyjnych.*

Kopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/-y i pieczętkę/-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.

.....  
(pieczęć Oferenta)

.....  
(miejsowość, data)

**Załącznik Nr 1 do Formularza oferty**

**Wykaz i ceny jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych w 2020 roku**

Rodzaj zabiegu	Cena jednostkowa zabiegu
<b><u>Fizykoterapia</u></b>	
	każdy zabieg .....,00 zł
1. naświetlanie promieniowaniem	tak / nie*
<b>a - widzialnym</b>	<b>tak / nie*</b>
<b>b - podczerwonym</b>	<b>tak / nie*</b>
<b>c - ultrafioletowym</b>	<b>tak / nie*</b>
2. galwanizacja	tak / nie*
3. jonoforeza	tak / nie*
4. elektrostymulacja	tak / nie*
5. prądy diadynamiczne	tak / nie*
6. prądy interferencyjne	tak / nie*
7. prądy tens	tak / nie*
8. prądy treberta	tak / nie*
9. prądy kotza	tak / nie*
10. ultradźwięki miejscowo	tak / nie*
11. ultrafonoforeza	tak / nie*
12. impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości	tak / nie*
13. impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	tak / nie*
14. laseroterapia - skaner	tak / nie*
15. laseroterapia punktowa	tak / nie*
16. krioterapia miejscowa	tak / nie*
17. diatermia krótkofalowa	tak / nie*
<b><u>Hydroterapia</u></b>	
	każdy zabieg .....,00 zł
18. masaż podwodny całkowity	tak / nie*
19. natrysk biczowy	tak / nie*
<b>a - stały płaszczowy (ciepły)</b>	<b>tak / nie*</b>
<b>b - skoczki (naprzemienny)</b>	<b>tak / nie*</b>
20. kąpiel wirowa	tak / nie*
<b>a - kończyn górnych</b>	<b>tak / nie*</b>
<b>b - kończyn dolnych</b>	<b>tak / nie*</b>
<b><u>Kinezyterapia</u></b>	
	każdy zabieg .....,00 zł
21. ćwiczenia czynne w obciążeniu	tak / nie*
22. ćwiczenia czynne w obciążeniu z oporem	tak / nie*
23. ćwiczenia czynne wolne	tak / nie*
24. ćwiczenia czynne z oporem	tak / nie*
25. ćwiczenia izometryczne	tak / nie*
26. ćwiczenia wspomagane	tak / nie*
27. ćwiczenia ogólnousprawniające na przyrządach	tak / nie*
<b>a - atlas</b>	<b>tak / nie*</b>
<b>b - rotor</b>	<b>tak / nie*</b>
28. Masaż suchy częściowy - każda część anatomiczna	.....,00 zł
29. Masaż limfatyczny ręczny - każda część anatomiczna	.....,00 zł
30. Badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych wraz z konieczną diagnostyką	.....,00 zł
31. Badanie lekarza rehabilitanta	.....,00 zł

\* / zaznaczyć właściwe określenie

.....  
(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych  
do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli)