**…………………… …………………….**

(pieczęć Oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2021 ROK  
na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:  
„Program wczesnego wykrywania nowotworów płuc”**

I. **Dane oferenta:**

Pełna nazwa:

…………………………………………………………………………………………............... …………………………………………………………………………………………………...

Dokładny adres (z kodem pocztowym):

…………………………………………………………………………………………............... …………………………………………………………………………………………………...

Nr tel.: ……………………………

nr fax: ……………………………

e-mail ……………………………

http:// ……………………………

**NIP** ……………………………

**REGON** ……………………………

Koordynator Programu – osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji Programu (nazwisko i imię, numer telefonu, adres e-mail):

………………………………………………………………………………………….......

II. **Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będzie realizowany Program:**

…………………………………………………………………………………………............... …………………………………………………………………………………………………...

III. **Wykaz imienny personelu, który będzie realizował Program wraz z określeniem kwalifikacji zawodowych tych osób oraz z uwzględnieniem ewentualnych zmian nazwisk:**

…………………………………………………………………………………………............... …………………………………………………………………………………………………...

IV. **Sprzęt konieczny do realizacji świadczeń w ramach Programu (zapewnienie możliwości wykonania niskodawkowego badania tomografem komputerowym (LDCT) klatki piersiowej, z opisem).**

.......…………………………………………………………………………………............... …………………………………………………………………………………………………...

V. **Plan rzeczowo-finansowy\*:**

1. Liczba osób, którą Oferent zamierza przebadać w ramach Programu: ...........

2. Koszt **I konsultacji** (pulmonologicznej) u jednej osoby...........

3. Koszt **badania LDCT** u jednej osoby............

4. Koszt **II konsultacji** (torakochirurgicznej) u jednej osoby ............

5. Maksymalny koszt jednostkowy przebadania jednego pacjenta tj. jednostkowy koszt I konsultacji (pulmonologicznej) **+** jednostkowy koszt badania LDCT **+** jednostkowy koszt II konsultacji (torakochirurgicznej) (**ad.2+ad.3+ad.4)** = ………………………………… zł.

**Całkowity koszt realizacji świadczeń w ramach Programu, wynikający   
z przedstawionego powyżej planu rzeczowo-finansowego:**

liczba osób **x** maksymalny koszt jednostkowy przebadania jednego pacjenta

**(ad.1 x ad. 5) =** ……………………………………………… zł.

\*Ceny podane w Programie nie są cenami oczekiwanymi, minimalnymi ani maksymalnymi służą jedynie do oceny efektywności programu. Cena jest elementem konkursu ofert. Ponadto, zgodnie z pkt. 4 ppkt 9 Regulaminu Komisja dokonując oceny ofert może zażądać złożenia wyjaśnień, w przypadku, gdy oferta będzie zawierała rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu konkursu.

VI. **Dostępność do świadczeń w ramach Programu:**

Miejsce realizacji Programu (dokładny adres):

………………………………………………………………………………………….......... Dni tygodnia i godziny udzielania konsultacji lekarskich w ramach Programu:

**I konsultacja (pulmonologiczna):** wpisać dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach Programu w rozbiciu na danego lekarza, wskazanego w pkt III formularza oferty:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

**II konsultacja (torakochirurgiczna):** wpisać dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach Programu w rozbiciu na danego lekarza, wskazanego w pkt III formularza oferty.

…………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………...

*W przypadku gdy personel udzielający świadczeń w ramach Programu (wpisany w punkcie III Formularza oferty) zostanie wykazany w tych samych dniach i godzinach u więcej niż jednego Oferenta, Komisja Konkursowa dokonując oceny ofert nie będzie brała pod uwagę tych osób, dni i godzin u każdego z Oferentów, u których taka sytuacja miała miejsce.*

Sposób rejestracji pacjentów do Programu:

osobiście (adres, dni, godziny) ……….…………………………

telefonicznie (numer) ……………………………….....

Proszę podać źródło informacji, z którego Oferent dowiedział się o konkursie ofert:

………………...………………………………………..…

VII. **Posiadanie aktualnego zewnętrznego systemu zarządzania jakością potwierdzonego certyfikatem (zaznaczyć właściwą odpowiedź)**

posiadanie certyfikatu zgodności z normą PN-EN ISO 9001:2015-10 „Systemy zarządzania jakością – Wymagania” (lub odpowiednika europejskiego/ międzynarodowego) **tak nie**

posiadanie certyfikatu zgodności z normą PN-EN 15224:2017-02 „Systemy zarządzania jakością – EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia” (lub odpowiednika europejskiego) **tak nie**

posiadanie certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia zgodności ze standardami dla lecznictwa szpitalnego **tak nie**

VIII. **Proszę o wpisanie dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał za realizację zadania** …………………………………………….........................

IX. **Oświadczenie o wpisach do rejestrów (właściwe proszę zaznaczyć „X”)**

*W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295, ze zmianami).*

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

**Jednocześnie Oferent oświadcza, że:**

I.    Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program wczesnego wykrywania nowotworów płuc” oraz ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.

II.    Wszystkie podane w „Formularzu oferty – konkurs 2021 rok” oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

III.    Wykazany w ofercie personel medyczny będzie udzielał świadczeń w ramach Programu, w godzinach niepokrywających się z godzinami pracy w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

IV.    Personel medyczny wskazany w ofercie, jako udzielający świadczeń w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na realizację przedmiotowych świadczeń (oświadczenia personelu z pisemną zgodą znajdują się w dyspozycji Oferenta).

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

W sytuacji, gdy Pan/Pani jest osobą fizyczną:

1) Administratorem Pana/Pani 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) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury konkursowej na „Program wczesnego wykrywania nowotworów płuc”, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO, w związku z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) w celu realizacji umowy.

4) Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pana/Pani danych osobowych będzie Wojewoda Łódzki i Ministerstwo Zdrowia, użytkownicy Biuletynu Informacji Publicznej, użytkownicy strony internetowej zdrowie.lodzkie.pl, wnioskujący o udzielenie informacji publicznej.

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

6) Dane będą przechowywane przez okres realizacji umowy, a następnie zgodnie  
z przepisami dotyczącymi archiwizacji, kategoria BE10.

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

8) Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 21 RODO.

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

10) 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.

11) Administrator danych nie będzie podejmować decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym będących wynikiem profilowania.

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

podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych  
do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu

**Do „Formularza oferty – konkurs 2021 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/-ów, który/-e dotyczy/-ą realizacji przedmiotu konkursu ofert; natomiast w przypadku praktyk zawodowych - cały wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

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 określenie zasad reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie sposobu 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 obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania. W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację Programu należy również 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 – kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienionych w pkt III formularza oferty (w przypadku lekarza specjalisty - wyłącznie dyplom uzyskania specjalizacji; w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji: prawo wykonywania zawodu wraz z kartą specjalizacyjną).

- załącznik nr 4 – kserokopie aktualnych certyfikatów potwierdzających posiadanie zewnętrznego systemu zarządzania jakością, określonych w pkt VI