

.....

(Pieczęć Oferenta)

.....

(miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2021 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 2021 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 zabiegów rehabilitacyjnych (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 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 1 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, 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 pieczętka 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 pieczętka osoby/osób
upoważnionej/-ych do reprezentacji
oferenta i składania oświadczeń woli

Do „Formularza oferty – KONKURS 2021” 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) nie wcześniej niż 12 miesięcy przed terminem składania ofert,

· 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.