**….……………………….… ..…………….………………**

(Pieczęć Oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2022 ROK**

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

# 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 ……………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

# 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
1. ***Badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych* ………................ zł**
2. ***Badanie lekarza rehabilitanta* ………................ zł**
3. ***Proponowana łączna kwota oferty na 2022 rok* ………................ zł**

# Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będą realizowane usługi medyczne

(należy wskazać, w jaki sposób w ramach realizacji zadania zapewniona będzie dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 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**

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

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

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

1. Wykaz imienny lekarzy rehabilitantów. **Wymagane minimum – jeden lekarz rehabilitacji**

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

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

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

1. Wykaz imienny rehabilitantów udzielających zabiegi rehabilitacyjne. **Wymagane minimum – jeden rehabilitant**

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

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

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

# Dostępność do usług medycznych.

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

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

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

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

1. Dni tygodnia i godziny realizacji zabiegów rehabilitacyjnych (medycyny pracy- rehabilitacja zawodowa).

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

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

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

# 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 ……………………………………………………………………………………,

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

□ Krajowego Rejestru Sądowego

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

□ nie dotyczy

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

□ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

□ nie dotyczy

# 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](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 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 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 pieczątka osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli

# Do „Formularza oferty – KONKURS 2022” należy dołączyć:

* **załącznik nr 1** (w zależności od statusu prawnego oferenta)
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.
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; <https://ems.ms.gov.pl/>).
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.
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 zabiegi rehabilitacyjne***.

**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.**