**FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2023 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.

# 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. *Łączna ilość osób planowanych do przebadania w 2023 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 85 zł.

# Opis dotyczący zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami).

Wskazanie, w jaki sposób w ramach realizacji zadania zapewniona będzie dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem koniecznych wymagań w zakresie:

1. dostępności architektonicznej:

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

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

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

1. dostępności informacyjno-komunikacyjnej:

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

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

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

W indywidualnym przypadku, jeśli podmiot nie jest w stanie zapewnić dostępności architektonicznej i/lub informacyjno-komunikacyjnej jest zobowiązany zapewnić dostęp alternatywny na podstawie art. 7 ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

# 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.

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

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

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

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

# 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 wyłącznie **przez lekarza medycyny pracy**: badań uczniów i słuchaczy, studentów, doktorantów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych.

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

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

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

# 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 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) i c) RODO 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 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 w ramach wymaganych badań 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 dyspozycji Oferenta).

………………………… …………………………………………………

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

# Do „FORMULARZA OFERTY – KONKURS 2023 ROK” 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 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*.

*Z uwagi na fakt, iż umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych będą obowiązywały od 1 stycznia 2023, w przypadku złożenia obowiązującej polisy rozpoczynającej po tym terminie, należy także załączyć kserokopię polisy za okres od 1 stycznia 2023 roku.*

* 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) nie wcześniej niż 12 miesięcy przed terminem składania ofert.

**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.**