**.......................................... ...................................**

(Wstawić powyżej pieczęć Oferenta) (Wstawić powyżej datę)

**FORMULARZ OFERTY**

**na realizację programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego dla mieszkańców województwa łódzkiego”, zwanego dalej Programem**

**Dane oferenta** (uzupełnić dane)**:**

Pełna nazwa:……………………………………………………………………………………….

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

nr telefonu: ……………………………….

nr faxu: …………………………………..

e-mail: …………………………………

**NIP:** ………………………………….

**REGON:** …………………………………

Osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji zadania (uzupełnić dane):

Nazwisko i imię: ……….……….……………………………………….……………………

Bezpośredni numer telefonu, adres e-mail: …………..………………………………………………………………………………...………

**Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot jest** *(w przypadku spełnienia wymagań zaznaczyć „X”)***:**

[ ]  podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną, publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,

[ ]  podmiotem leczniczym utworzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego,

[ ]  instytutem badawczym, prowadzącym badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczącym w systemie ochrony zdrowia,

 [ ]  podmiotem, który udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i
 ginekologii oraz neonatologii na co najmniej drugim poziomie referencyjnym.

**Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot** *(w przypadku spełnienia wymagań zaznaczyć „X”)***:**

[ ]  zapewni lekarzy specjalistów w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, endokrynologii, immunologii klinicznej, urologii, genetyki klinicznej, diabetologii, lekarza posiadającego wiedzę z zakresu andrologii, lekarza POZ, a także położne, psychologa oraz dietetyka.

[ ]  prowadzi działalność z zakresu leczenia niepłodności co najmniej w następującym zakresie: poradnictwo medyczne, diagnozowanie przyczyn niepłodności, zachowawcze leczenie farmakologiczne, leczenie chirurgiczne.

**Termin realizacji Programu** (*zaznaczyć „X”)*

 [ ]  w latach 2024-2026

**Siedziba Oferenta na terenie województwa łódzkiego** *(w przypadku spełnienia wymagań zaznaczyć „X”)*

[ ] Tak

[ ] Nie

**Miejsce realizacji Programu** *(proszę wskazać dokładny adres miejsca realizacji świadczeń w ramach Programu):*

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

**Sposób rejestracji par do Programu** *(po podpisaniu umowy z Realizatorem, poniższe informacje będą publikowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego):*

Osobiście……………………………………………………………………………………………

Telefonicznie………………………………………………………………………………………..

Elektronicznie ………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że warunki dotyczące wyposażenia i warunki lokalowe są:** *(w przypadku spełnienia wymagań zaznaczyć „X”)*

[ ] zgodne z wymogami określonymi w Programie

[ ] nie spełniają wymogów określonych w Programie

**Oświadczam, że kwalifikacje personelu realizującego Program są:**

[ ] zgodne z wymogami określonymi w Programie

[ ] nie spełniają wymogów określonych w Programie

**Wnioskowana przez Oferenta kwota****na realizację Programu w poszczególnych latach** *(proszę wskazać, o jakie kwoty wnioskuje Oferent w ramach Programu w poszczególnych latach, kwota środków zaplanowanych na realizację Programu to 800 tys. zł rocznie)*

* 2024 rok………………...zł,
* 2025 rok ………………..zł,
* 2026 rok ………………..zł

**Proszę o wpisanie dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał za realizację Programu (np. faktura):**

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

**Oświadczenie o wpisach do rejestrów, ewidencji** (właściwe pole wyboru proszę
zaznaczyć „X”):

* 1. Oświadczam, że jako Oferent jestem:

[ ]  podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez (wpisać): …………………………………………………

pod numerem (wpisać numer): ………………………………………………………………

* 1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

[ ]  Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem (wpisać numer): ……………………………………………………………….

[ ]  nie dotyczy

**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 programu zapewniona będzie dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami, z uwzględnieniem koniecznych wymagań w zakresie:

1. dostępności architektonicznej (opisać):

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

1. dostępności informacyjno-komunikacyjnej (opisać):

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

1. dostępności cyfrowej (opisać):

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

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

**Informacja o warunkach przetwarzania danych osobowych.**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informujemy, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel. 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl;
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych pisząc na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby Administratora;
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury konkursowej na realizację programu polityki zdrowotnej pod nazwą. „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego dla mieszkańców województwa łódzkiego” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz na etapie zawierania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) w celu realizacji umowy jeżeli Stroną umowy jest osoba fizyczna;
4. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pana/Pani danych osobowych będzie Wojewoda Łódzki i Ministerstwo Zdrowia, użytkownicy Biuletynu Informacji Publicznej, strony internetowej [www.zdrowie.lodzkie.pl](http://www.zdrowie.lodzkie.pl), wnioskujący o udzielenie informacji publicznej, dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi i kurierscy dostarczający korespondencje;
5. Dane będą przechowywane przez okres realizacji umowy, a następnie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej, stanowiącej załącznik do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (kategoria BE10);
6. Posiada Pan/Pani prawo do:
* dostępu do swoich danych osobowych,
* sprostowania (poprawiania swoich danych), jeśli są błędne lub nieaktualne,
* usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO,
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 21 RODO,
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;

7) 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.

………………………………………………………..

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

**Do Formularza oferty należy dołączyć**:

**- załącznik nr 1**

1. Oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z treścią „Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego dla mieszkańców województwa łódzkiego” oraz ogłoszeniem o konkursie ofert na jego realizację.
2. Oświadczenie Oferenta, że wszystkie podane w Formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
4. Oświadczenie Oferenta, że Program będzie realizowany, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisami o ochronie danych osobowych i ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym wymagań określonych w art. 6 Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2022, poz. 2240)).
5. Oświadczenie Oferenta, że personel realizujący przedmiot konkursu w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na realizację świadczeń w ramach Programu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).
6. Oświadczenie Oferenta potwierdzające, że kwalifikacje i doświadczenie osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienione w formularzu oferty są zgodne z wymogami konkursu.

- **załącznik nr 2 (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/-ów, który/-e dotyczy/-ą realizacji przedmiotu konkursu ofert;
2. W przypadku oferentów wpisanych do Krajowego Rejestru Sądowego należy dołączyć aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; <https://ems.ms.gov.pl/>).
3. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

**załącznik nr 3** – 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.

Kserokopie 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 i składania oświadczeń woli
w jego imieniu.

Załącznik nr 1 do Formularza Oferty

**Oświadczenie Oferenta**

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią „Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego dla mieszkańców województwa łódzkiego” oraz ogłoszeniem o konkursie ofert na jego realizację.
2. Wszystkie podane w Formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. W stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
4. Program będzie realizowany, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisami o ochronie danych osobowych i ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym wymagań określonych w art. 6 Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2022, poz. 2240)).
5. Personel realizujący przedmiot konkursu w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na realizację świadczeń w ramach Programu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).
6. Kwalifikacje i doświadczenie osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienione w formularzu oferty są zgodne z wymogami konkursu.

………………………………………………………..

 podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych

 do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń
 woli w jego imieniu