**….……………………….… ..…………….………………**

(Wstaw powyżej pieczęć Oferenta) (Wstaw powyżej datę)

**FORMULARZ OFERTY – KONKURS 2024 ROK**

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

# Dane oferenta (należy uzupełnić):

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:

# *Łączna kwota oferty proponowana na 2024 rok* ………................ zł

Powyżej należy wpisać wysokość wnioskowanych środków na 2024 rok.

# Wykaz i ceny jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych w 2024 roku (należy uzupełnić tabelę umieszczoną poniżej):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rodzaj zabiegu | Cena jednostkowa zabiegu |
|  | **Fizykoterapia** | **każdy zabieg …......…. zł** |
| 1 | naświetlanie promieniowaniem: |  |
| **a** | **- widzialnym** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- podczerwonym** | **tak / nie\*** |
| **c** | **- ultrafioletowym** | **tak / nie\*** |
| 2 | galwanizacja | tak / nie\* |
| 3 | jonoforeza | tak / nie\* |
| 4 | elektrostymulacja | tak / nie\* |
| 5 | prądy diadynamiczne | tak / nie\* |
| 6 | prądy interferencyjne | tak / nie\* |
| 7 | prądy tens | tak / nie\* |
| 8 | prądy treberta | tak / nie\* |
| 9 | prądy kotza | tak / nie\* |
| 10 | ultradźwięki miejscowo | tak / nie\* |
| 11 | ultrafonoforeza | tak / nie\* |
| 12 | impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości | tak / nie\* |
| 13 | impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości | tak / nie\* |
| 14 | laseroterapia - skaner | tak / nie\* |
| 15 | laseroterapia punktowa | tak / nie\* |
| 16 | krioterapia miejscowa | tak / nie\* |
| 17 | diatermia krótkofalowa | tak / nie\* |
|  | **Hydroterapia** | **każdy zabieg …......…. zł** |
| 18 | masaż podwodny całkowity | tak / nie\* |
| 19 | natrysk biczowy |  |
| **a** | **- stały płaszczowy (ciepły)** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- szkocki (naprzemienny)** | **tak / nie\*** |
| 20 | kąpiel wirowa |  |
| **a** | **- kończyn górnych** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- kończyn dolnych** | **tak / nie\*** |
|  | **Kinezyterapia** | **każdy zabieg …......…. zł** |
| 21 | ćwiczenia czynne w obciążeniu | tak / nie\* |
| 22 | ćwiczenia czynne w obciążeniu z oporem | tak / nie\* |
| 23 | ćwiczenia czynne wolne | tak / nie\* |
| 24 | ćwiczenia czynne z oporem | tak / nie\* |
| 25 | ćwiczenia izometryczne | tak / nie\* |
| 26 | ćwiczenia wspomagane | tak / nie\* |
| 27 | ćwiczenia ogólnousprawniające na przyrządach |  |
| **a** | **- atlas** | **tak / nie\*** |
| **b** | **- rotor** | **tak / nie\*** |
| 28 | **Masaż suchy częściowy - każda część anatomiczna** | **…......…. zł** |
| 29 | **Masaż limfatyczny ręczny - każda część anatomiczna** | **…......…. zł** |
| 30 | **Badanie lekarza uprawionego do badań profilaktycznych wraz** **z konieczną diagnostyką** | **…......…. zł** |
| 31 | **Badanie lekarza rehabilitanta** | **…......…. zł** |
|  | \*/ zaznaczyć właściwe określenie |  |

# 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 (należy wpisać):

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

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

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

2) dostępności informacyjno-komunikacyjnej (należy wpisać):

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

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

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

3) dostępności cyfrowej (należy wpisać):

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

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

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

# Wykaz aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do realizacji usług medycznych w zakresie medycyny pracy – ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza (należy wpisać):

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

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

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

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

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

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

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

# 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** (należy wpisać):

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

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

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

2) Wykaz imienny lekarzy rehabilitantów. **Wymagane minimum – jeden lekarz rehabilitacji** (należy wpisać):

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

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

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

3) Wykaz imienny rehabilitantów udzielających zabiegi rehabilitacyjne. **Wymagane minimum – jeden rehabilitant** (należy wpisać):

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

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

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

# Dostępność do usług medycznych.

1) Dokładny adres udzielania usług i numer telefonu, umożliwiający kontakt pacjenta z placówką (należy wpisać):

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

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

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

2) Dni tygodnia i godziny realizacji zabiegów rehabilitacyjnych (medycyny pracy- rehabilitacja zawodowa) (należy wpisać):

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

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

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

# Oświadczenie o wpisach do rejestrów:

1) Oświadczam, że jako Oferent jestem (zaznacz właściwy check box i wypełnij):

[ ]  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 (zaznacz właściwy check box i/lub wypełnij):

[ ]  Krajowego Rejestru Sądowego

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

[ ]  nie dotyczy

3) Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do (zaznacz właściwy check box):

[ ]  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.

………………………… ……………………………………………………

(Wstaw powyżej datę) (Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych 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 – ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza.

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).

………………………… ……………………………………………………

(Wstaw powyżej datę) (Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli)

# Do „Formularza oferty – KONKURS 2024” należy dołączyć:

**1)** w zależności od statusu prawnego oferenta:

a) Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę w zakresie Działu pierwszego 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.

b) Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości <https://ems.ms.gov.pl/>).

c) 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.

d) Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

**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.*

**3)** kserokopię aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały usługi zdrowotne z zakresu medycyny pracy, wymienionych w Formularzu oferty:

a) 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,

b) w pkt V.2 ***Dyplom o uzyskaniu tytułu specjalisty z zakresu rehabilitacji lub zaświadczenie o specjalizacji,***

c) 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/podpisy i pieczątkę/pieczątki) przez osobę/osoby upoważnioną/upoważnione do reprezentowania oferenta.**

**Oferent składa tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert w ramach konkursu spowoduje, iż żadna z nich nie będzie rozpatrywana.**