

.....
(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

I. 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

.....

II. Plan rzeczowo–finansowy:

1) **Łączna kwota oferty proponowana na 2024 rok** zł

Powyżej należy wpisać wysokość wnioskowanych środków na 2024 rok.

2) **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 uprawnionego do badań profilaktycznych wraz z konieczną diagnostyką zł
31	Badanie lekarza rehabilitanta zł

* / zaznaczyć właściwe określenie

III. 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):

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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** (należy wpisać):

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

VI. 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):

.....
.....
.....

VII. 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

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/kategorią 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.

.....
(Wstaw powyżej datę)

.....
(Powyżej podpis i pieczęć 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 pieczętka 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 zabiegów rehabilitacyjnych.***

Kopie dokumentów muszą być na każdej stronie potwierdzone za zgodność z oryginałem oraz czytelnie podpisane (lub zawierać podpis/podpisy i pieczętkę/pieczałki) 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.