

.....
(Wstaw powyżej pieczęć Oferenta)

.....
(Wstaw powyżej datę)

FORMULARZ OFERTY – TRZECI UZUPEŁNIAJĄCY KONKURS 2024 ROK

na wykonywanie w 2024 roku 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 (ze szczególnym uwzględnieniem powiatów: bełchatowskiego, kutnowskiego, łaskiego, łęczyckiego, opoczyńskiego, pajęczańskiego, piotrkowskiego, rawskiego, wieluńskiego, wierszowskiego oraz zduńskowolskiego), 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.

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

.....

I. Plan rzeczowo – finansowy.

1. Łączna ilość osób planowanych do przebadania w 2024 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 95 zł.

II. 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):

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

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.

III. Wykaz imienny i kwalifikacje zawodowe lekarzy medycyny pracy (wyłącznie), 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.

.....

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

IV. 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.

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

V. 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

VI. Informacja o warunkach przetwarzania danych osobowych.

Administratorem Pani/Pana danych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.

1. 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.
2. 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 (ze szczególnym uwzględnieniem powiatów: bełchatowskiego, kutnowskiego, łaskiego, łęczyckiego, opoczyńskiego, pączęzańskiego, piotrkowskiego, rawskiego, wieluńskiego, wieruszowskiego oraz zduńskowolskiego), 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.
3. Odbiorcami/kategoriemi 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.
4. Dane będą przechowywane przez okres realizacji umowy, nie dłużej jednak niż przez okres określony w przepisach dotyczących archiwizacji danych przekazanych do podmiotu publicznego.
5. 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.

6. 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.
7. 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 pieczętka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli)

Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o trzecim uzupełniającym konkursie ofert na realizację usług medycznych w zakresie wykonywania w 2024 roku 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 (ze szczególnym uwzględnieniem powiatów: bełchatowskiego, kutnowskiego, łaskiego, łęczyckiego, opoczyńskiego, pajęczańskiego, piotrkowskiego, rawskiego, wieluńskiego, wierzuszowskiego oraz zduńskowolskiego), 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 (ze szczególnym uwzględnieniem powiatów: bełchatowskiego, kutnowskiego, łaskiego, łęczyckiego, opoczyńskiego, pajęczańskiego, piotrkowskiego, rawskiego, wieluńskiego, wierszowskiego oraz zduńskowolskiego), 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).

.....
(Wstaw powyżej datę)

.....
(Powyżej podpis i pieczętka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli)

Do „FORMULARZA OFERTY – TRZECI UZUPEŁNIAJĄCY KONKURS 2024 ROK” 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 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.

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 (WOMPCCP - 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/podpisy i pieczętkę/pieczętki) 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.