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

(Wstawić powyżej pieczęć Oferenta) (Wstawić powyżej datę)

**FORMULARZ OFERTY**

**na realizację zadania pod nazwą:**

**„Zabiegi rehabilitacyjne – terapia falą uderzeniową wraz z konsultacją lekarza specjalisty dla mieszkańców Gminy Konstantynów Łódzki“**

**w ramach budżetu obywatelskiego na 2025 rok**

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

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

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

nr telefonu: ……………………………………………

nr fax …………………………………………………………………………………..……….

Adres strony internetowej: ………………………………………………………..…………

**NIP:** …………………………………………………………………………………..………

**REGON** ……………………………………………………………………..……………………

Osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji działania

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

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

1. **Szczegółowy sposób realizacji zadania:**

1. W zakresie konsultacji specjalistycznej i cyklu zabiegów falą uderzeniową (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć check box)

realizacja, zgodnie z ogłoszeniem o konkursie (tj. zgodnie z przedmiotem konkursu).

2. W zakresie promocji zadania (opisać, w jaki sposób będzie prowadzona akcja informacyjna o zadaniu, dzięki której potencjalni odbiorcy uzyskają potrzebne im informacje):

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

1. **Termin realizacji zadania** (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć check box)

od daty podpisania umowy do 30 listopada 2025 roku.

1. **Miejsce realizacji zadania** (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć check box)

podmiot zlokalizowany na terenie Gminy Konstantynów Łódzki

Dokładny adres:

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

1. **Formy rejestracji potencjalnych uczestników** (wpisać wymagane dane):

Telefonicznie: ………………………………….

Elektronicznie: ………………………………….

Osobiście: ………………………………….

1. **Harmonogram realizacji wszystkich działań w ramach zadania od daty podpisania umowy do dnia 30 listopada 2025 r.** (wpisać tylko krótki opis poszczególnych etapów po kolei, można dodawać kolejne etapy)

1.………………………………………………………………………………………………….. 2.………………………….…………………………………………………………………………...3……………………………………………………………………………………………………..

**UWAGA!** Po podpisaniu umowy realizator będzie zobowiązany, do dostarczenia szczegółowego harmonogramu.

1. **Wcześniejsza działalność Oferenta** w zakresie objętym konkursem (opisowo).

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

1. **Wykaz personelu,** który będzie realizował zadanie wraz z określeniem kwalifikacji zawodowych oraz doświadczenia zawodowego**.** Dodatkowo należy określić kompetencje oraz zakres obowiązków wynikający z realizacji zadania, każdej z wymienionych osób (wszystkie kolumny muszą być wypełnione).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba porządkowa** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie zawodowe w wykonywaniu zabiegów falą uderzeniową**  (podać liczbę lat) | **Kompetencje** | **Zakres obowiązków w ramach zadania** |
| Kolumna 1 | Kolumna 2 | Kolumna 3 | Kolumna 4 | Kolumna 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Kosztorys wykonania zadania**

**Liczba osób, biorących udział w zadaniu**: 100

**Liczba konsultacji specjalistycznych przeprowadzonych w ramach zadania:** 100

**Liczba zabiegów terapeutycznych z wykorzystaniem fali uderzeniowej:**

100 osób X 3 zabiegi = 300 zabiegów

**Składowe kosztu realizacji zadania ze szczególnym uwzględnieniem kosztów administracyjnych** (uzupełnić tabelę):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba porządkowa** | **Wyszczególnienie**  (wszystkie składowe realizacji zadania ze szczególnym uwzględnieniem kosztów administracyjnych) | **jednostka miary** (np. szt., godzina, konsultacja) | **liczba jednostek** | **koszt jednostkowy w zł** | **koszt ogółem (brutto) w zł** |
| Kolumna 1 | Kolumna 2 | Kolumna 3 | Kolumna 4 | Kolumna 5 | Kolumna 6 |
| 1 | **Konsultacja** | **szt.** | **100** |  |  |
| 2 | **Zabieg falą uderzeniową** | **szt.** | **300** |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| **Całkowity koszt realizacji zadania w zł, tj. wysokość wnioskowanych środków** (suma kolumny 6) | | | | | **………………** |

Rodzaj dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał na Województwo Łódzkie za realizację zadania (wpisać rodzaj dokumentu):......................

1. **Zasoby rzeczowe (w tym sprzętowe),** którymi dysponuje Oferent, konieczne do realizacji zadania

**…..……………………………………………………….………………………………….............**

**…..……………………………………………………….………………………………….............**

1. **Oświadczenie o wpisach do rejestrów, ewidencji (**zaznaczyć właściwy check box

i uzupełnić wymagane dane):

* 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 (status aktywny)

nie dotyczy

1. **Opis dotyczący zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami** (zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnianiu 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:
2. dostępności architektonicznej (opisać)

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

1. dostępności informacyjno-komunikacyjnej (opisać): …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………
2. dostępności cyfrowej (opisać):

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

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 zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

**XIII. 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](mailto: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 zadania pn. „Zabiegi rehabilitacyjne – terapia falą uderzeniową wraz z konsultacją lekarza specjalisty dla mieszkańców Gminy Konstantynów Łódzki” w ramach budżetu obywatelskiego na 2025 rok na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO w związku z ustawą z dnia 11 września z 2015 roku o zdrowiu publicznym oraz art. 6 ust. 1 lit. c) RODO
4. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pana/Pani danych osobowych będzie Wojewoda Łódzki i Ministerstwo Zdrowia, użytkownicy Biuletynu Informacji Publicznej, strony internetowej 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.

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

(Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta**

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o  konkursie ofert na realizację zadania pn. „Zabiegi rehabilitacyjne – terapia falą uderzeniową wraz z konsultacją lekarza specjalisty dla mieszkańców Gminy Konstantynów Łódzki“ w ramach budżetu obywatelskiego na 2025 rok.
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. Podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
5. Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
6. Nie byłem/nie byłam karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem karany/nie byłam karana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
7. Zadanie będzie realizowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisami o ochronie danych osobowych i ustawy   
   o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym wymagań określonych w art. 6 Ustawy.
8. Zagwarantuje uczestnikom bezpieczny udział w zadaniu.

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

(Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 3 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta dotyczące doświadczenia osób realizujących zadanie**   
pn. „Zabiegi rehabilitacyjne – terapia falą uderzeniową wraz z konsultacją lekarza specjalisty dla mieszkańców Gminy Konstantynów Łódzki” w ramach budżetu obywatelskiego na 2025 rok.

Oferent oświadcza, że:

1. Potwierdza kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach zadania, wymienionych w formularzu oferty.
2. Potwierdza doświadczenie zawodowe osób, które będą realizowały świadczenia w ramach zadania, wymienionych w formularzu oferty.
3. Osoby wykazane w ofercie, jako realizujące przedmiot konkursu w ramach zadania wyraziły pisemną zgodę na realizację projektu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).

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

(Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu)