**….………………………….. ..…………….………**

(Wstaw powyżej pieczęć Oferenta) (Wstaw powyżej datę)

**FORMULARZ OFERTY – 2025 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 służbowy numer telefonu, adres e-mail …………………………………………...

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

# Plan rzeczowo–finansowy (należy uzupełnić):

# *Łączna kwota oferty proponowana na 2025 rok* …………............. zł

Powyżej należy wpisać łączną wysokość wnioskowanych środków na 2025 rok.

# Wykaz i ceny jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych w 2025 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** |
|  | \*/ w tabeli należy wskazać właściwe określenie |  |

# 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:

1. dostępności architektonicznej (należy wpisać):

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

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

1. dostępności informacyjno-komunikacyjnej (należy wpisać):

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

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

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

1. 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 zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

# 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):

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

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

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

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

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

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

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

1. 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):

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

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

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

1. 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 ………………………………………………………………………………………..

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do (zaznacz właściwy check box i/lub wypełnij):

Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem ……………………………………………….

nie dotyczy

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

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

nie dotyczy

# Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla Oferenta i personelu zaangażowanego w realizację umowy.

1. **Administrator danych:**

Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.

Kontakt do Inspektora Ochrony Danych e-mail: iod@lodzkie.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

1. **Cel i podstawa przetwarzania**:

**w stosunku do Oferenta/osób reprezentujących Oferenta**:

1. **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** - art. 6 ust. 1 lit. c RODO\* w związku z art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy o służbie medycyny pracy, ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, w przypadku kiedy stroną umowy jest osoba fizyczna zastosowanie ma dodatkowo art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
2. **gromadzenia i przechowywania dowodów księgowych, prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz rozliczeń podatkowych** - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości,
3. **archiwizacja dokumentacji** - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

**w stosunku do personelu zaangażowanego w realizację umowy:**

Źródłem danych jest Oferent. Zakres danych: dane identyfikacyjne, służbowe dane kontaktowe, kwalifikacje i wykształcenie, doświadczenie zawodowe, rola w realizacji umowy.

* + 1. **przeprowadzenia procedury konkursowej oraz zawarcia umowy** – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy o służbie medycyny pracy, ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
    2. **archiwizacja dokumentacji** - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. **Odbiorcy danych osobowych:**

- w przypadku Oferenta: dostawcy systemów informatycznych i usług IT, bank obsługujący województwa łódzkiego, operatorzy pocztowi, wnioskujący o udzielenie informacji publicznej oraz podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, użytkownicy stron: Biuletynu Informacji Publicznej oraz strony internetowej [www.zdrowie.lodzkie.pl](http://www.zdrowie.lodzkie.pl), Archiwum Państwowe;

- w przypadku personelu: dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, Archiwum Państwowe.

1. **Okres przechowywania danych osobowych:** 5 lat, po tym okresie decyzją Archiwum Państwowego okres przechowywania może ulec wydłużeniu.
2. **Przysługujące prawa:**
3. dostęp do danych osobowych, ich sprostowanie, a na czas ich poprawiania prawo żądania ograniczenia przetwarzania;
4. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

1. **Podanie danych** jest warunkiem udziału w konkursie. Niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości zawarcia umowy.

Wykonawca zobowiązany jest do przekazania informacji o przetwarzaniu danych osobowych personelowi zaangażowanemu w realizację umowy.

# 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 – 2025 rok” należy dołączyć:

1. w zależności od statusu prawnego Oferenta:
   1. 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.
   2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości <https://ems.ms.gov.pl/>).
   3. 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.
   4. 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.*

1. kserokopię aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały usługi zdrowotne z zakresu medycyny pracy, wymienionych w Formularzu oferty:
   1. 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 określonym jako ostateczny termin na złożenie oferty w konkursie,
   2. w pkt V.2 ***Dyplom o uzyskaniu tytułu specjalisty z zakresu rehabilitacji lub zaświadczenie o specjalizacji (wyłącznie, bez innych dodatkowych dokumentów),***
   3. w pkt V.3 ***Dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe rehabilitantów udzielających zabiegi rehabilitacyjne (wyłącznie, bez innych dodatkowych dokumentów)***.

**Załączane kopie dokumentów** muszą na każdej stronie zostać poświadczone za zgodność z oryginałem, w szczególności poprzez zamieszenie adnotacji – „potwierdzono za zgodność z oryginałem” wraz z czytelnym podpisem (lub podpisem i pieczątką) osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

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