**….………………………….. ..…………….………**

(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.**