

.....
(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

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 służbowy numer telefonu, adres e-mail

II. Plan rzeczowo–finansowy (należy uzupełnić):

1) **Łączna kwota oferty proponowana na 2025 rok** zł

Powyżej należy wpisać łączną wysokość wnioskowanych środków na 2025 rok.

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

* / w tabeli należy wskazać właściwe określenie

III. 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):

.....

.....

.....

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 zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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 zabiegi rehabilitacyjne. **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 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.

2. 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.

3. 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, Archiwum Państwowe;

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

4. **Okres przechowywania danych osobowych:** 5 lat, po tym okresie decyzją Archiwum Państwowego okres przechowywania może ulec wydłużeniu.

5. **Przysługujące prawa:**

- 1) dostęp do danych osobowych, ich sprostowanie, a na czas ich poprawiania prawo żądania ograniczenia przetwarzania;
- 2) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

6. **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.

IX. 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 – 2025 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 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 określonym jako ostateczny termin na złożenie oferty w konkursie,
 - b) w pkt V.2 **Dyplom o uzyskaniu tytułu specjalisty z zakresu rehabilitacji lub zaświadczenie o specjalizacji (wyłącznie, bez innych dodatkowych dokumentów)**,

- c) w pkt V.3 ***Dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe rehabilitantów udzielających zabiegów rehabilitacyjnych (wyłącznie, bez innych dodatkowych dokumentów).***

Załączane kopie dokumentów muszą na każdej stronie zostać poświadczane za zgodność z oryginałem, w szczególności poprzez zamieszczenie adnotacji – „potwierdzono za zgodność z oryginałem” wraz z czytelnym podpisem (lub podpisem i pieczętą) 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.