**….……………………….… ..…………….………**

(Wstaw powyżej pieczęć Oferenta) (Wstaw powyżej datę)

**FORMULARZ OFERTY – UZUPEŁNIAJĄCY KONKURS OFERT 2025 ROK**

na wykonywanie w 2025 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, wieruszowskiego 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.

# 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 ……………………………………………….

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

# Plan rzeczowo – finansowy.

1. *Łączna ilość osób planowanych do przebadania w 2025 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.

# 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):

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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 zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

# 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.

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

# 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.

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

# 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

\*W przypadku jednoczesnego zaznaczenia check box-ów oznaczonych gwiazdką (pkt 1 check box drugi i pkt 3 check box pierwszy) oświadczam, że moje dane:

nie są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym, o którym mowa w art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1802),

nie są zamieszczone w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze, o którym mowa w art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r.  poz. 1802),

nie są zamieszczone w rejestrach karnych państw w których zamieszkiwałam/em w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, o których mowa w art. 21 ust. 4-7 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r.  poz. 1802).

# Informacja o warunkach przetwarzania 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 z zakresu medycyny pracy – wykonywanie w 2025 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, wieruszowskiego oraz zduńskowolskiego), którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu, stażu uczniowskiego lub kształcenia są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia** - art. 6 ust. 1 lit. c) RODO\* w związku z art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o służbie medycyny pracy, ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych oraz art. 21 ust. 2 - 7 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny, a 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.

Źródłem danych osób reprezentujących jest Oferent. Zakres danych: dane identyfikacyjne, służbowe dane kontaktowe

**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 2 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 województwo łódzkie, 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 i osób reprezentujących: dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, wnioskujący o udzielenie informacji publicznej, Archiwum Państwowe.

1. **Okres przechowywania danych osobowych:** 5 lat od zakończenia realizacji umowy, 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 rozpatrzenia oferty i zawarcia umowy.

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

# Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na realizację usług medycznych w zakresie wykonywania w 2025 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, wieruszowskiego 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, 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).
7. Zobowiązuje się do przestrzegania ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1802), a w szczególności art. 21 tej ustawy.
8. Jako organizator działalności medycznej wprowadził standardy ochrony małoletnich, stosownie do art. 22b ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1802).

………………………… ……………………………………………

(Wstaw powyżej datę) (Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli)

# Do „FORMULARZA OFERTY – UZUPEŁNIAJĄCY KONKURS OFERT 2025 ROK” należy dołączyć:

1. w zależności od statusu prawnego oferenta:
2. 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.
3. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (dopuszczalny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości <https://ems.ms.gov.pl/>).
4. 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.
5. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.
6. 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.*

1. Kserokopię aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe **lekarzy medycyny pracy (wyłącznie)**, 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 (WOMPCP - L w Łodzi) nie wcześniej niż 12 miesięcy przed terminem określonym jako ostateczny termin na złożenie oferty w konkursie.

**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.**