

Wstaw pieczęć Oferenta

Data: .....

## FORMULARZ OFERTY – 2026 ROK

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w bloku tematycznym: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza, uzasadniona stwierdzoną patologią zawodową dla pacjentów z terenu województwa łódzkiego

### 1. Dane Oferenta (uzupełnij poniższe dane):

Pełna nazwa .....

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

Tel. ....

e-mail .....

Adres do e-Doręczeń .....

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 .....

.....

### 2. Plan rzeczowo-finansowy (uzupełnij poniższe dane):

2.1 Łączna kwota oferty proponowana na 2026 rok ..... zł

Powyżej należy wpisać łączną wysokość wnioskowanych środków na 2026 rok.

2.2 Wykaz i ceny jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych w 2026 roku (należy uzupełnić poniżej):

Fizykoterapia

cena jednostkowa zabiegu ..... zł

| <b>Lp.</b> | <b>Rodzaj zabiegu</b>                                 |                               |
|------------|---|-------------------------------|
| 1 a        | naświetlanie promieniowaniem - <b>widzialnym</b>      | <b>tak / nie</b> <sup>1</sup> |
| 1 b        | naświetlanie promieniowaniem - <b>podczerwonym</b>    | <b>tak / nie</b> <sup>1</sup> |
| 1 c        | naświetlanie promieniowaniem - <b>ultrafioletowym</b> | <b>tak / nie</b> <sup>1</sup> |
| 2          | galwanizacja  | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 3          | jonoforeza  | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 4          | elektrostymulacja                                     | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 5          | prądy diadynamiczne                                   | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 6          | prądy interferencyjne                                 | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 7          | prądy tens  | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 8          | prądy treberta  | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 9          | prądy kotza   | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 10         | ultradźwięki miejscowo                                | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 11         | ultrafonoforeza                                       | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 12         | impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości    | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 13         | impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości     | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 14         | laseroterapia - skaner                                | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 15         | laseroterapia punktowa                                | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 16         | krioterapia miejscowa                                 | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 17         | diatermia krótkofalowa                                | tak / nie <sup>1</sup>        |

Hydroterapia

cena jednostkowa zabiegu ..... zł

| <b>Lp.</b> | <b>Rodzaj zabiegu</b>                               |                               |
|------------|---|-------------------------------|
| 18         | masaż podwodny całkowity                            | tak / nie <sup>1</sup>        |
| 19 a       | natrysk biczowy - <b>stały płaszczyowy (ciepły)</b> | <b>tak / nie</b> <sup>1</sup> |
| 19 b       | natrysk biczowy - <b>szkocki (naprzemienny)</b>     | <b>tak / nie</b> <sup>1</sup> |
| 20 a       | kąpiel wirowa - <b>kończyn górnych</b>              | <b>tak / nie</b> <sup>1</sup> |
| 20 b       | kąpiel wirowa - <b>kończyn dolnych</b>              | <b>tak / nie</b> <sup>1</sup> |

Kinezyterapia

cena jednostkowa zabiegu ..... zł

| <b>Lp.</b> | <b>Rodzaj zabiegu</b>         |                        |
|------------|-------------------------------|------------------------|
| 21         | ćwiczenia czynne w obciążeniu | tak / nie <sup>1</sup> |

<sup>1</sup> w tabeli należy wskazać właściwe określenie

| Lp.         | Rodzaj zabiegu  |                              |
|-------------|---|------------------------------|
| 22          | ćwiczenia czynne w obciążeniu z oporem                      | tak / nie <sup>1</sup>       |
| 23          | ćwiczenia czynne wolne                                      | tak / nie <sup>1</sup>       |
| 24          | ćwiczenia czynne z oporem                                   | tak / nie <sup>1</sup>       |
| 25          | ćwiczenia izometryczne                                      | tak / nie <sup>1</sup>       |
| 26          | ćwiczenia wspomagane  | tak / nie <sup>1</sup>       |
| <b>27 a</b> | ćwiczenia ogólnousprawniające na przyrządach - <b>atlas</b> | <b>tak / nie<sup>1</sup></b> |
| <b>27 b</b> | ćwiczenia ogólnousprawniające na przyrządach - <b>rotor</b> | <b>tak / nie<sup>1</sup></b> |

### Pozostałe zabiegi

| Lp. | Rodzaj zabiegu   | Cena jednostkowa zabiegu |
|-----|--|--------------------------|
| 28  | <b>Masaż suchy częściowy - każda część anatomiczna</b>                                     | ..... zł                 |
| 29  | <b>Masaż limfatyczny ręczny - każda część anatomiczna</b>                                  | ..... zł                 |
| 30  | <b>Badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych wraz z konieczną diagnostyką</b> | ..... zł                 |
| 31  | <b>Badanie lekarza rehabilitanta</b>   | ..... zł                 |

<sup>1</sup> w tabeli należy wskazać właściwe określenie

### 3. Opis dotyczący zapewnienia 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:

3.1 dostępności architektonicznej (uzupełnij poniższe dane):

.....

.....

.....

3.2 dostępności informacyjno-komunikacyjnej (uzupełnij poniższe dane):

.....

.....

.....

3.3 dostępności cyfrowej (uzupełnij poniższe dane):

.....

.....

.....

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.

**4. Wykaz aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do realizacji usług medycznych w zakresie medycyny pracy – ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza (należy wpisać):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Ilość personelu medycznego biorącego udział w realizacji usług medycznych.**

5.1 Ilość lekarzy medycyny pracy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych. **Wymagane minimum – jeden lekarz medycyny pracy.**

Należy wskazać wyłącznie ilość (cyfrą lub słownie) lekarzy medycyny pracy (bez podawania danych osobowych) uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych (uzupełnij poniższe dane):

.....

5.2 Ilość lekarzy rehabilitantów. **Wymagane minimum – jeden lekarz rehabilitacji.**

Należy wskazać wyłącznie ilość (cyfrą lub słownie) lekarzy rehabilitantów (bez podawania danych osobowych) uprawnionych do przeprowadzania badań (uzupełnij poniższe dane):

.....

5.3 Ilość rehabilitantów udzielających zabiegi rehabilitacyjne. **Wymagane minimum – jeden rehabilitant.**

Należy wskazać wyłącznie ilość (cyfrą lub słownie) rehabilitantów (bez podawania danych osobowych) uprawnionych do udzielania zabiegów (uzupełnij poniższe dane):

.....

**6. Dostępność do usług medycznych:**

6.1 Dokładny adres udzielania usług i numer telefonu, umożliwiający kontakt pacjenta z placówką (należy wpisać):

.....

.....

.....

6.2 Dni tygodnia i godziny realizacji zabiegów rehabilitacyjnych (medycyny pracy - rehabilitacja zawodowa) (należy wpisać):

.....

.....

.....

**7. Oświadczenie o wpisach do rejestrów:**

7.1 Oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez .....,

pod numerem .....,

7.2 Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do (zaznacz właściwe pole wyboru i/lub wypełnij):

Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem .....

nie dotyczy

7.3 Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do (zaznacz właściwe pole wyboru):

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

nie dotyczy

## **8. Informacja o warunkach przetwarzania danych osobowych dla Oferenta/Realizatora 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](mailto:iod@lodzkie.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

### **2. Cel i podstawa przetwarzania:**

#### **a. w stosunku do Oferenta, osób reprezentujących Oferenta:**

- i. **przeprowadzenia procedury konkursowej na realizację zadania** – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy oraz ustawą z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa,
- ii. **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,

#### **b. w stosunku do Realizatora, osób reprezentujących Realizatora:**

- i. **zawarcia i realizacji umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych** – art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy oraz ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny w przypadku, kiedy stroną umowy jest osoba fizyczna, zastosowanie ma dodatkowo art. 6 ust. 1 lit b RODO;

- ii. **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,
  - iii. **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,
  - iv. **upublicznienie wyników konkursu** – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
- c. **w stosunku do personelu zaangażowanego w realizację umowy:**  
Źródłem danych jest Oferent/Realizator. Zakres danych: osoba wskazana w umowie do kontaktu: dane identyfikacyjne, służbowe dane kontaktowe,
- i. **przeprowadzenia procedury konkursowej oraz realizacja 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,
  - ii. **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:

- a. w przypadku Oferenta/Realizatora: 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 <https://zdrowie.lodzkie.pl/>, Archiwum Państwowe;
- b. w przypadku personelu i osób do kontaktu: dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, wnioskujący o udzielenie informacji publicznej, Archiwum Państwowe.

### 4. Okres przechowywania danych osobowych:

- a. dokumentacja związana z organizacją i rozstrzygnięciem konkursu – wieczyście,

- b. dokumentacja związana z zawarciem i rozliczeniem umowy - 5 lat od jej zakończenia, po tym okresie decyzją Archiwum Państwowego okres przechowywania może ulec wydłużeniu.

**5. Przysługujące prawa:**

- a. dostęp do danych osobowych, ich sprostowanie, a na czas ich poprawiania prawo żądania ograniczenia przetwarzania;
- b. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

6. **Podanie danych** jest niezbędne do przeprowadzenia procedury konkursowej oraz warunkiem zawarcia umowy. Niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości rozpatrzenia oferty i zawarcia umowy.

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

RODO (wyjaśnienie skrótu): Rozporządzenie 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.

**9. 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) Posiada w strukturach zakładu jednostki organizacyjne w zakresie **medycyny pracy oraz rehabilitacji**.
- 3) Lekarz/lekarze medycyny pracy, który/którzy będzie/będą udzielać świadczeń w ramach niniejszego konkursu, został/zostali wpisani, do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne prowadzonego przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi i posiada/posiadają uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych.
- 4) Lekarz/lekarze rehabilitacji, który/którzy będzie/będą udzielać świadczeń w ramach niniejszego konkursu, posiada/posiadają dyplom o uzyskaniu tytułu specjalisty z zakresu rehabilitacji lub zaświadczenie o specjalizacji.



- 5) Rehabilitant/rehabilitanci, który/którzy będzie/będą udzielać zabiegów rehabilitacyjnych w ramach niniejszego konkursu, posiada/posiadają dyplom potwierdzający jego/ich kwalifikacje zawodowe.
- 6) Zaświadczenie/Zaświadczenia o wpisie do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne, dyplom/dyplomy lekarza/lekarzy rehabilitacji o uzyskaniu tytułu specjalisty z zakresu rehabilitacji lub zaświadczenie o specjalizacji, a także dyplom/dyplomy rehabilitanta/rehabilitantów potwierdzający jego/ich kwalifikacje zawodowe, **znajdują się w dyspozycji Oferenta i są aktualne na dzień składania oferty.**
- 7) W przypadku podpisania przez Oferenta umowy z Województwem Łódzkim: Zaświadczenie/Zaświadczenia i dyplom/dyplomy, o których mowa powyżej w pkt. 6), pozostaną w dyspozycji Oferenta, dla potrzeb kontroli, zarówno w trakcie trwania umowy jak i w terminie 36 miesięcy po jej wygaśnięciu.
- 8) Dysponuje sprawną aparaturą i sprzętem medycznym niezbędnym do wykonywania świadczeń w zakresie medycyny pracy – ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza.
- 9) Wszystkie informacje podane w Formularzu oferty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- 10) 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 w dyspozycji Oferenta).
- 11) Będzie realizował świadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym w szczególności z przepisami o ochronie danych osobowych, z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym wymaganiami określonymi w art. 6 tej ustawy.

.....  
(Wstaw powyżej datę)

.....  
(Powyżej podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli)