Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr **199/2019**

Burmistrza Miasta Zakopanego

z dnia **29.08.2019 r.**

**FORMULARZ OFERTOWY**   
dotyczący wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej pn.:

**„Program profilaktyki wczesnego wykrywania zakażeń HCV wśród osób zameldowanych na pobyt stały  
w Zakopanem”.**

|  |
| --- |
| **Podstawa prawna: Art. 48 oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych***  ***ze środków publicznych* (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz.1394).**  **Składający ofertę[[1]](#footnote-1) □ Publiczny zakład opieki zdrowotnej**  **□ Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej**  **□ Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidulanej specjalistycznej praktyki lekarskiej**  **□ Osoba wykonująca zawód medyczny w ramach grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej**  **□ Inne podmioty wykonujące działalność leczniczą (np. laboratoria, pracownie diagnostyczne)**  **Adresat: Burmistrz Miasta Zakopane** |
|  |
| 1. **Dane ewidencyjne oferenta**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **A1. Dane ewidencyjne i adres wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | 1. **Pełna nazwa podmiotu[[2]](#footnote-2)** | | | | | | 1. **Pieczęć podmiotu** | | | | | 1. **Numer wpisu do rejestru[[3]](#footnote-3)** | | | | | | 1. **Status prawny podmiotu** | | | | | 1. **Województwo** | | | 1. **Powiat** | | | | 1. **Miejscowość** | | | | 1. **Kod pocztowy** | 1. **Poczta** | | | | 1. **Ulica** | | | 1. **Nr domu** | 1. **Nr lokalu** | | 1. **Telefon** | | 1. **Faks** | | 1. **E-mail** | | | | | |  |  |  | | --- | --- | | **A2. Rachunek bankowy** | | | 1. **Nazwa banku** | 1. **Numer rachunku bankowego** |  |  |  | | --- | --- | | **A3. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu[[4]](#footnote-4)** | | | 1. **Imię i nazwisko** | 1. **Funkcja** |  |  |  | | --- | --- | | **A4. Koordynator programu** | | | 1. **Imię i nazwisko** | 1. **Telefon** | |
| 1. **Informacja o zasobach kadrowych i rzeczowych**  |  | | --- | | **B1. Informacja o zasobach kadrowych i kompetencjach osób wykonujących program** | | 1. **Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach programu** | | 1. **Kwalifikacje zawodowe** |  |  | | --- | | **B2. Informacja o zasobach rzeczowych** | | 1. **Miejsce realizacji programu – warunki lokalowe;** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Realizacja Programu**  |  | | --- | | **C1. Cel programu** | | 1. **Informacje o celach działań planowanych w ramach programu** |  |  | | --- | | **C2. Termin i miejsce realizacji programu** | | 1. **Okres realizacji programu** |  |  | | --- | | **C3. Adresaci programu** | | 1. **Informacje o docelowej liczbie adresatów programu** |  |  | | --- | | **C4. Szczegółowy sposób realizacji programu** | | 1. **Dokładny opis realizacji programu** |  |  |  | | --- | --- | | **C5. Harmonogram działań w zakresie realizacji programu[[5]](#footnote-5)** | | | 1. **Rodzaj działań (edukacja zdrowotna, rozpropagowanie akcji, informacje w mediach, itp.)** | **Miejsce i czas realizacji**  **(przewidywany łączny koszt)** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Kosztorys**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Rodzaj kosztu / wydatku[[6]](#footnote-6)** | **Kwota** | | **1.** |  |  | | **2.** |  |  | | **3.** |  |  | | **4.** |  |  | | **5.** |  |  | | **6.** |  |  | | **7.** |  |  | | **Razem**  **Cena świadczeń w przeliczeniu na 1 osobę objętą Programem** | |  | | **Koszty programu – ogółem (ok. max. 300 osób)** | |  | | **Liczba osób, którą oferent zamierza przebadać ……………..** | |  | | **Maksymalna kwota finansowania świadczeń zdrowotnych wynosi ……..……….… zł brutto (słownie złotych: …………………….…..……………………………….………………..……),  *nie więcej niż 20 000,00 zł (dwadzieścia tysięcy złotych) ogółem.*** | | | |

**Jednocześnie oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia konkursu, Regulaminem konkursu oraz Projektem umowy dotyczącym konkursu ofert na wybor realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyki wczesnego wykrywania zakażeń HCV” wśród osób zameldowanych na pobyt stały  
   w Zakopanem;
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym  
   i faktycznym;
3. Przedmiot programu zdrowotnego mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów;
4. Przez cały okres realizacji programu zdrowotnego na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuję się do:
5. zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
6. zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
7. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
8. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmniejszania zakresu ubezpieczenia,
9. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

………………………………… ………..…………………………………

Miejscowość, data podpis i pieczątka przedstawiciela/-li oferenta

upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załączniki wymagane do oferty:

1. Właściwy dokument stanowiący o podstawie działalności podmiotu – aktualny odpis z odpowiedniego rejestru oraz inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących (ważny 3 miesiące od daty uzyskania);
2. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenie, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.

Kopie dokumentów składane przez oferenta musza mieć adnotację „za zgodność  
z oryginałem” oraz pieczątkę, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta  
w konkursie ofert.

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 20256 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 (Dz. Urz. UE L 119, s. 1), informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Gmina Miasto Zakopane – Burmistrz Miasta Zakopane ul. Kościuszki 13 34-500 Zakopane.
2. Kontakt z inspektorem Ochrony Danych Osobowych urzędu jest możliwy poprzez kontakt e-mailowy: [iod@zakopane.eu](mailto:iod@zakopane.eu) lub telefonicznie: 18-20-20-470.
3. Administrator Danych Osobowych przetwarza Państwa dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody. Podstawę prawna przetwarzania Państwa danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, b i c Rozporządzenia 2016/679.
4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługują Państwu następujące uprawnienia:
   1. prawo dostępu do danych osobowych , w tym prawo do uzyskania tych danych;
   2. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
   3. prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. Prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:

- dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,

- osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,

- osoba, której dane dotyczą, wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej do przetwarzania danych,

- dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem, dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;

d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych- w przypadku, gdy:

- osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych,

- przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,

- Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,

- osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec postawy sprzeciwu;

e) prawo do przenoszenia danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

- przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,

- przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;

f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

- zaistnieją przyczyny związane z Państwa szczególna sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,

- przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.

7. Mają Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie Państwa danych naruszałoby przepisy ochrony danych osobowych.

8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Podstawą prawną do przetwarzania danych osobowych są wymogi ustawowe.

9. Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

…………………………..………………………………………..

podpis i pieczątka przedstawiciela/-li oferenta

upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

1. W odpowiednich polach należy wstawić znak X. [↑](#footnote-ref-1)
2. Imię i nazwisko w przypadku składania oferty przez osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidulanej specjalistycznej praktyki lekarskiej. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą – numer wpisu do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność

   leczniczą.

   W pozostałych przypadkach – numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy podać imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania i dokonywania zobowiązań finansowych (zawierania umów) w imieniu podmiotu. [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wymienić poszczególne działania Programu – rodzaj działania, proszę podać miejsce i czas ich realizacji np. liczbę spotkań, liczbę badań, wykaz osób biorących udział w realizacji poszczególnych działań i ich kompetencje oraz wykaz aparatury i sprzętu medycznego. [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy podać koszty osobowe, rzeczowe oraz pozostałe (wymienić jakie), stanowiące podstawę wyliczenia ceny świadczenia w przeliczeniu na 1 osobę objętą programem. [↑](#footnote-ref-6)