

### FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wyboru realizatora zadania o nazwie:  
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc  
osób zameldowanych na pobyt stały w Zakopanem”.

|  |  |  |             |
|--|--|--|-------------|
| (pieczęć oferenta)   |  | Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienie) |             |
| <b>I. DANE OFERENTA</b>  |  |  |             |
| <b>Nazwa oferenta</b>  |  |  |             |
| <b>Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</b>                       |  |  |             |
| <b>Nr NIP</b>  |  |  |             |
| <b>Nr REGON</b>  |  |  |             |
| <b>Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą</b>                    |  |  |             |
| <b>Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru</b>               |  |  |             |
| <b>Telefon kontaktowy</b>  |  | (stacjonarny)  | (komórkowy) |
| <b>Fax.</b>  |  |  |             |
| <b>e-mail</b>  |  |  |             |
| <b>Nazwa banku</b>   |  |  |             |
| <b>numer rachunku bankowego</b>  |  |  |             |
| <b>Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu</b>                      |  |  |             |
| <b>Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nich za realizację programu</b>                  |  |  |             |
| <b>Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego</b>     |  |  |             |
| <b>Nazwisko i imię osoby/osób upoważnionej/nich do podpisania umowy na realizację programu</b> |  |  |             |
| <b>Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program</b>                |  |  |             |
| <b>Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną</b>                 |  |  |             |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| akcję informacyjno – reklamową skierowaną do adresatów programu  |  |  |  |
| <b>II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:</b>  |  |  |  |
| Imię i nazwisko, tytuł zawodowy  | Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenia, inna umowa cywilnoprawna) | Posiadane specjalizacje i certyfikaty w szczególności certyfikat „PTR” (dokładne wskazanie ) | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) |
| 1.   |  |  |  |
| 2.   |  |  |  |
| 3.   |  |  |  |
| 4.   |  |  |  |
| <b>III. Informację o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego</b>   |  |  |  |
| 1. Wyposażenie gabinetów zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie  |  |  |  |
| 2. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych   |  |  |  |
| <b>IV. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>   |  |  |  |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres, nr tel./fax.)   |  |  |  |
| 2. Należy wymienić poszczególne dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach programu (co najmniej 5 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godziny 17:00)) |  |  |  |
| 3. Sposób rejestracji pacjentów do Programu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osobiście (adres, dni, godziny)</li> <li>• Telefonicznie (nr telefonu, dni, godziny)</li> </ul>                |  |  |  |
| <b>V. Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:</b>   |  |  |  |
| 1. Liczba osób, którą oferent zamierza przebadac (badania płuc):   |  |  |  |

|   |  |
|---|--|
| <p>2. Wynagrodzenie za jedno badanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koszt I konsultacji (pulmonologicznej)– wynosi (PLN/brutto)</li> <li>• Koszt badania LDCT (wraz z opisem) – wynosi (PLN/brutto)</li> <li>• Koszt II konsultacji (pulmonologicznej)– wynosi (PLN/brutto)</li> </ul> |  |
| <p>3. Całkowity koszt realizacji świadczeń wynikający z przedstawionego powyżej planu rzeczowo-finansowego:<br/> liczba osób x [jednostkowy koszt I konsultacji (pulmonologicznej)+ jednostkowy koszt badania LDCT + jednostkowy koszt II konsultacji (pulmonologicznej)]</p>                         |  |
| <p><b>4. Całkowity koszt realizacji Programu (badania płuc) =</b></p> <p>Słownie złotych:</p>   |  |

**Podane ceny służą do skalkulowania oferty. Wyplata będzie na podstawie cen jednostkowych poszczególnych zrealizowanych badań.**

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 muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem” oraz pieczęć, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert.

### **Jednocześnie oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia konkursu, Regulaminem konkursu oraz Projektem umowy dotyczący konkursu ofert na wybór realizatora zadania o nazwie „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc 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:
  - a) zatrudnienia przy realizacji programu zdrowotnego osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
  - c) udzielanie 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,
  - d) utrzymanie 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 niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
  - e) 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 pieczętka przedstawiciela/-li oferenta  
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

## 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 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 (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 prawną 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:
  - a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania tych danych;
  - b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
  - c) 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 szczególną 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 pieczęta przedstawiciela/-li oferenta  
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta