Załącznik nr 3

 do Zarządzenia **Nr0050.118 .2024**

Burmistrza Miasta Zakopanego

z dnia.**08.07.2024r.**

**FORMULARZ OFERTOWY**
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II dla mieszkańców Gminy Miasto Zakopane (zameldowanych na pobyt stały lub czasowy od co najmniej jednego roku na terenie Gminy Miasto Zakopane) na lata 2021 – 2025” – Edycja 2024

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć oferenta) | Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienie) |
| 1. **DANE OFERENTA**
 |
| **Nazwa oferenta** |  |
| **Adres siedziby oferenta** (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru) |  |
| **Nr NIP**  |  |
| **Nr REGON**  |  |
| **Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  |
| **Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sadowego lub innego właściwego rejestru** |  |
| **Telefon kontaktowy** | (stacjonarny) | (komórkowy) |
| **Fax.** |  |
| **e-mail** |  |
| **Nazwa banku****numer rachunku bankowego** |  |
| **Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizacje Programu** |  |
| **Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu** |  |
| **Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie programu zdrowotnego** |  |
| **Nazwisko i imię osoby/osób upoważnionej/nych do podpisania umowy na realizację programu** |  |
| **Charakterystyka działań, które będą podejmowane, aby zrealizować program** |  |
| **Proszę podać, w jaki sposób oferent przeprowadzi intensywną i skuteczną akcję informacyjno – reklamową skierowaną do adresatów programu** |  |
| 1. **Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczenia w ramach programu zdrowotnego:**
 |
| 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 | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 1. **Informacje o sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego**
 |
| 1. Wyposażenie gabinetów zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie (w tym punktu pobrań krwi oraz laboratorium diagnostycznego)
 |  |
| 1. Posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych
 |  |
| 1. **Dostępność do świadczeń objętych Programem:**
 |
| 1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego (dokładny adres,nr tel./fax.)
 |  |
| 1. 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)
 |  |
| 1. Sposób rejestracji pacjentów do Programu:
* Osobiście (adres, dni, godziny)
* Telefonicznie (nr telefonu, dni, godziny)
 |  |
| 1. **Informacje dotyczące finansowania świadczeń w ramach programu zdrowotnego:**
 |
| 1. Liczba osób, którą oferent zamierza przebadać:
 |  |
| 1. Wynagrodzenie za jedno badanie:
* Koszt konsultacji lekarza diabetologa – wynosi (PLN/brutto)
* Koszt badania krwi (oznaczenie hemoglobiny glikowanej HbA1c) – wynosi (PLN/brutto)
 |  |
| 1. Koszt akcji promocyjno-edukacyjnej - wynosi (PLN/brutto)
 |  |
| 1. Całkowity koszt realizacji świadczeń wynikający z przedstawionego powyżej planu rzeczowo-finansowego:liczba osób x [jednostkowy koszt konsultacji lekarza diabetologa + specjalisty dietetyka + badania krwi] + koszt akcji promocyjno-edukacyjnej
 |  |
| 1. **Całkowity koszt realizacji Programu**

Słownie złotych:  |

**Podane ceny służą do skalkulowania oferty.**

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 pieczątkę, 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 – które dotyczą konkursu ofert na wybór realizatora zadania o nazwie „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II dla mieszkańców Gminy Miasto Zakopane (zameldowanych na pobyt stały lub czasowy od co najmniej jednego roku na terenie Gminy Miasto Zakopane) na lata 2021 – 2025” – Edycja 2024
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. zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym
w odrębnych przepisach,
7. 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,
8. 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 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

 **Klauzula informacyjna dla osób repezentujących oferenta**

 ***W zawiązku z obowiązkiem informacyjnym zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej: „RODO” informujemy, że:***

a) Dane osobowe zawarte w ofercie zadania publicznego realizowanego w ramach Otwartego Konkursu Ofert na wsparcie realizacji zadań Gminy w zakresie Ochrony i Promocji Zdrowia w roku 2024 będą przetwarzane przez Gminę Miasto Zakopane reprezentowaną przez Burmistrza Miasta Zakopane – Administratora Danych Osobowych, z siedzibą przy ul. Tadeusza Kościuszki 13, 34-500 Zakopane.

b) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować, poprzez adres e-mail: iod@zakopane.eu lub pisemnie na adres korespondencyjny Administratora, wskazany w pkt a).

c) Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji działań związanych z przeprowadzeniem i rozstrzygnięciem Konkursu (ocena formalna i ocena merytoryczna złożonych ofert, weryfikacja otrzymanych danych, kontakt, podpisanie umowy z wybranymi w Konkursie Oferentami, realizacja umowy, rozliczenie umowy, kontrola realizacji zadania). Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 1, art. 48 ust. 1, ust 4 i ust. 5 oraz art. 48b ust. 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t. j. Dz. U. z 2024 poz.146 ), Uchwały NR LV/721/2023 Rady Miasta Zakopane z dnia 7 grudnia 2023 r. w sprawie Budżetu Miasta Zakopane na rok 2024 oraz Uchwały Nr XXV/314/2020 Rady Miasta Zakopane z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie: przyjęcia programów polityki zdrowotnej na lata 2021 – 2025

 W związku z powyższym dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;

- art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;

- art. 6 ust. 1 lit. e) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi.

d) Odbiorcami danych osobowych mogą być instytucje, którym Administrator zobowiązany jest przekazywać dane osobowe na mocy przepisów prawa tj. m.in. organom kontrolnym i nadzorczym, np. Najwyższej Izbie Kontroli, Regionalnej Izbie Obrachunkowej, sądom oraz podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie umów zawartych z Administratorem. Dane osobowe zostaną również przekazane Komisji Konkursowej odpowiedzialnej za ocenę ofert.

e) Dane osobowe będą przechowywane przez okres obejmujący przeprowadzenie procedury konkursowej oraz archiwizacji dokumentacji wynoszącej 5 lat, zgodnie z kategorią archiwalna określoną w jednolitym rzeczowym wykazie akt organów gminnych, stanowiących załącznik nr 2 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji archiwów zakładowych z dnia 18 stycznia 2011 r. (Dz.U. Nr 14, poz. 67 z późn. zm.).

f) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje prawo do żądania:

- dostępu do treści danych, w tym uzyskania kopii, na zasadach wskazanych w art. 15 RODO;

- sprostowania danych, na zasadach wskazanych w art. 16 RODO;

- usunięcia danych, na zasadach wskazanych w art. 17 RODO;

- ograniczenia przetwarzania danych, na zasadach wskazanych w art. 18 RODO, z zastrzeżeniem, iż wystąpienie z żądaniem ograniczenia przetwarzania danych nie wpływa na tok i wynik postępowania;

- przenoszenia danych, na zasadach wskazanych w art. 20 RODO.

g) W związku z przetwarzaniem danych osobowych, zainteresowanym osobom przysługuje również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO.

h) W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193Warszawa.

i) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości udziału w Otwartym Konkursie Ofert.

…………………………………………..

(data i podpis / podpisy)