Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr  **0050.34.2025**

Burmistrza Miasta Zakopanego

z dnia **04.03.2025**

**FORMULARZ OFERTOWY**   
 dotyczący wyboru realizatora zadania o nazwie:  
Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym, realizowana w środowisku domowym i w przychodni lub poradni dla mieszkańców miasta Zakopane na lata 2021-2025 – Edycja 2025

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (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, gdzie można zgłaszać osoby do 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** | |  | | | | |
| **Sposób przeprowadzenia akcji informacyjnej** | |  | | | | |
| 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 | | | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) |
| 1. |  | |  | | |  |
| 2. |  | |  | | |  |
| 3. |  | |  | | |  |
| 4. |  | |  | | |  |
| 1. **Warunki lokalowe , wyposażenie w aparaturę, sprzęt medyczny** | | | | | | |
| 1. Warunki lokalowe | | |  | | | |
| 1. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt | | |  | | | |
| 1. **Dostępność do świadczeń objętych Programem:** | | | | | | |
| 1. Dostępność do świadczeń | | |  | | | |
| 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. Koszt 1 osobodnia w zł w hospicjum domowym   W tym:  - koszt porady lekarskiej (2 x w miesiącu )  - opieki pielęgniarskiej ( 2 x w tygodniu) | | | |  | | |
| 1. **Całkowity koszt realizacji Programu** =   Słownie złotych: | | | | | | |

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.

**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:
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 z późn. zm.), 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)