Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 3/2023

z dnia 10.01.2023 r.

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**„Rehabilitacja mieszkańców Gminy Barwice na lata 2019-2023”**

**od 01.02.2023 r. do 31.12.2023 r.**

**I. Dane oferenta**

1.Nazwa i siedziba podmiotu:

2. Numer NIP:

3. Numer REGON:

4. Nazwa banku i numer konta bankowego:

5. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację programu polityki

zdrowotnej:

6. Dane dotyczące osób upoważnionych do składania oświadczeń oraz wyjaśnień dotyczących oferty

konkursowej:

(imię i nazwisko, telefon, e-mail, fax.)

**II. Szczegółowy sposób realizacji programu.**

1. Proponowana liczna osób, którą oferent może objąć leczeniem: ………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Miejsce realizacji zadania( dokładny adres, telefon) : ………………………………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………………......

3. Informacje o sprzęcie medycznym do realizacji program, którym dysponuje oferent: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4. Informaje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu biorącego udział w realizacji programu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………….

5. Dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia ( godziny realizacji, liczba zabiegów wykonywanych tygodniowo): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**III. Oferowana cena brutto wykonania poszczególnych zabiegów.**

1. Cena poszczególnych zabiegów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zabiegu** | **Cena zabiegu w złotych** |
| 1. | Jonoforeza |  |
| 2. | Prądy diadynamiczne |  |
| 3. | Prądy TENS |  |
| 4. | Pole magnetyczne |  |
| 5. | Galwanizacja |  |
| 6. | Prądy interferencyjne |  |
| 7. | Lampa Solux |  |
| 8. | Krioterapia miejscowa azotem |  |
| 9. | Ultradźwięki |  |
| 10. | Prądy Trabeta |  |
| 11. | Laser punktowy |  |
| 12. | Cykloergometr |  |
| 13. | Rotor kończyn górnych |  |
| 14. | UGUL |  |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztów realizacji programu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**IV. Oświadczenie.**

**Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:**

**1**. W stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

**2**. Jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

**3.** Dysponuje odpowiednią doświadczoną kadrą medyczną oraz aparaturą i posiada odpowiednie warunki do realizacji programu zdrowotnego.

**4.** Posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.
**5**. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert. **6**. Jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych
 w Urzędzie Miejskim w Barwicach**

 W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 w dniu 25 maja 2018r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/56/WE, zwanego ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych — RODO, informujemy Państwa o sposobie i celu, w jakim pozyskujemy i przetwarzamy Państwa dane osobowe, a także o przysługujących Państwu prawach związanych z ochroną danych.

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z 27 kwietnia.2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), informuje, że :

Administrator danych:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Urząd Miejski z siedzibą w Barwicach, ul. Zwycięzców 22, kod pocztowy 78-460 , e-mail : urzad@um.barwice.pl , tel. 94-373-63-09.

Przedstawiciel administratora danych:

Przedstawicielem administratora danych osobowych jest Burmistrz Barwic, ul . Zwycięzców 22, e-mail:burmistrz@um.barwice.pl, tel. 94-373-63-09.

Inspektor ochrony danych:

Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych Sławomir Kozieł, e-mail: iod@um.barwice.pl, tel. 531 860 802

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:

Przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu zawarcia umowy wykonania usług (podstawa z art. 6 ust.1 lit.b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679/ UE z 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych oraz uchylenia dyrektywy 95/ 46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (DZ. Urz. UE L 119,s.1)- dalej RODO
* w celach archiwalnych (dowodowych) będących realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art.6 ust.1 lit. c RODO);
* w celu niezbędnym do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (podstawa z art. 6 ust.1 lit. d RODO);
* w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (podstawa a z art. 6 ust. 1 lit. a RODO);
* gdy osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w

jednym lub większej liczbie określonych celów ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

Okres przechowywania danych osobowych:

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, a po tym czasie przez czas i okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Prawo dostępu do danych osobowych:

Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Państwa narusza przepisy RODO.

Konsekwencje niepodania danych osobowych:

Podanie przez Państwo danych osobowych jest warunkiem realizacji celów, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wykonania zadań oraz obowiązków prawnych ciążących na administratorze.

Odbiorcy danych:

Dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom; naszym partnerom, czyli firmom, z którymi współpracujemy.

Do danych mogą też mieć dostęp nasi podwykonawcy (podmioty przetwarzające),np. firmy wywożące śmieci, firmy prawnicze, informatyczne, likwidatorzy szkód, wykonawcy usług w ramach likwidacji szkód.

Przekazanie danych do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej:

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………….. ………………………………..
 (miejscowość i data) ( podpis i pieczęć oferenta)

Załączniki:

1. aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz o umocowaniu osób reprezentujących, które podpisały ofertę,
2. aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących działalność Leczniczą,
3. kserokopia certyfikatu jakości gwarantująca wykonanie wysokiej jakości świadczeń rehabilitacyjnych,
4. pozytywna opinia właściwego inspektora sanitarnego,
5. dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób wskazanych w ofercie, jako te, które mają wykonywać zabiegi.