**Materiały informacyjne dla uczestników konkursu ofert**

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych**

**w ramach zadania publicznego „Kompleksowej opieki nad rolnikami i ich rodzinami w zakresie diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i profilaktyki chorób odkleszczowych, ze szczególnym uwzględnieniem boreliozy”**

**Podstawa prawna:** Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity – Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) i ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity – Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.)

1. **Warunki ogólne**
2. **Zamawiający:**

Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin, woj. lubelskie,   
tel. 81 7184410, faks 81 7478646.

1. **Przedmiotem niniejszego konkursu ofert jest:**

**Zadanie nr 1:** Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu chorób zakaźnych zgodnie   
z harmonogramem zadania publicznego i harmonogramem realizacji świadczeń, ustalonym pomiędzy stronami na podstawie odrębnej dokumentacji oraz kwalifikacja do dalszego postepowania terapeutycznego.

**Zadanie nr 2:** Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu neurologii zgodnie z harmonogramem zadania publicznego i harmonogramem realizacji świadczeń, ustalonym pomiędzy stronami na podstawie odrębnej dokumentacji.

**Zadanie nr 3:** Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu reumatologii zgodnie z harmonogramem zadania publicznego i harmonogramem realizacji świadczeń, ustalonym pomiędzy stronami na podstawie odrębnej dokumentacji.

**Kod CPV: 85121200-5**

1. **Do konkursu mogą przystąpić oferenci:**

**Zadanie nr 1:** ze specjalizacją w dziedzinie chorób zakaźnych udokumentowane dyplomem uzyskania specjalizacji.

**Zadanie nr 2:** ze specjalizacją w dziedzinie neurologii udokumentowane dyplomem uzyskania specjalizacji.

**Zadanie nr 3:** ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii udokumentowane dyplomem uzyskania specjalizacji.

1. **Oferenci przedstawią:**

**W zadaniu nr 1:** proponowaną stawkę za konsultację 1 pacjenta skierowanego do udziału w projekcie na podstawie dokumentów kwalifikacyjnych i zgłoszeniowych.

**W zadaniu nr 2:** proponowaną stawkę za konsultację neurologiczną 1 pacjenta skierowanego do udziału   
w zadaniu.

**W zadaniu nr 3:** proponowaną stawkę za konsultację reumatologiczną 1 pacjenta skierowanego do udziału w zadaniu.

1. **Świadczenie usług będzie odbywać się według harmonogramu ustalonego pomiędzy stronami po rozpoczęciu rekrutacji i kwalifikacji pacjentów do udziału w zadaniu publicznym.**
2. **Zakres świadczenia usług:**

**W zadaniu 1:** Konsultacje lekarskie pacjentów z wynikami serologicznymi dodatnimi i/lub wątpliwymi, przeprowadzonymi przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych (ok. 750 konsultacji); zlecanie badań serologicznych w kierunku innych chorób odkleszczowych (m.in. anaplazmoza granulocytarna, babeszjoza, tularemia), które mogą współwystępować z boreliozą, na skutek pokłucia przez kleszcza zainfekowanego kilkoma patogenami lub w efekcie wielokrotnych pokłuć przez kleszcze (ok. 100 badań); kwalifikacja na leczenie w warunkach szpitalnych (ok. 55 osób) realizowanych w ramach działalności leczniczej prowadzonej na terenie IMW; współudział w kwalifikacji do udzielenia świadczeń z zakresu rehabilitacji   
w warunkach stacjonarnych (ok. 80 osób) lub ambulatoryjnych (ok. 50 osób) realizowanych przez Ośrodek Rehabilitacji IMW oraz współpraca z lekarzem specjalistą z zakresu neurologii i reumatologii w ocenie   
i ustalaniu dalszego postepowania leczniczego i/lub terapeutycznego.

**W zadaniu 2:** Realizacja świadczeń specjalistycznych w zakresie konsultacji lekarskich pacjentów,   
w przypadku podejrzenia wystąpienia neuroboreliozy (ok. 300 konsultacji) w zakresie ustalania dalszego postępowania leczniczego i/lub terapeutycznego; współpraca z lekarzem specjalistą chorób zakaźnych   
w kwalifikacji do dalszego postępowania leczniczego i terapeutycznego, ocena przebiegu leczenia wobec postawionego rozpoznania (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocena dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych).

**W zadaniu 3**: Realizacja świadczeń specjalistycznych w zakresie konsultacji lekarskich pacjentów, w celu potwierdzenia lub wykluczenia postaci stawowej boreliozy (ok. 200 konsultacji) oraz kwalifikacja do udzielenia świadczeń z zakresu rehabilitacji w warunkach stacjonarnych (ok. 80 osób) lub ambulatoryjnych (ok. 50 osób) realizowanych przez Ośrodek Rehabilitacji IMW; współpraca z lekarzem specjalistą chorób zakaźnych w kwalifikacji do dalszego postępowania leczniczego i/lub terapeutycznego, ocena przebiegu leczenia wobec postawionego rozpoznania (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocena dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych); kierowania na rehabilitację w wymagających tego przypadkach.

„Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi   
i farmaceutycznymi, zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej oraz zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

„Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta i realizacji obowiązków względem pacjenta i członków jego rodziny lub innych osób upoważnionych, wynikających z ustawy o zawodzie lekarza   
i lekarza dentysty.

Obowiązek określony powyżej dotyczy w szczególności respektowania praw pacjenta (osób przez niego upoważnionych) do:

1. rzetelnej informacji o stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostyki i leczenia, prognozach leczenia i ryzyku powikłań,
2. współuczestnictwa w procesie decyzyjnym, co do wyboru metody diagnostyki/leczenia,
3. wyrażania świadomej zgody na proponowaną diagnostykę i zabieg, po uprzednim poinformowaniu przez lekarza wykonującego zabieg o celu zabiegu, technice wykonania i ryzyku powikłań,
4. ochrony danych o stanie zdrowia, tajemnicy lekarskiej.
5. przestrzegania zasad tajemnicy zawodowej i obowiązków określonych w ustawie z dnia 10 maja 2018 r.   
   o ochronie danych osobowych (tekst jednolity – Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.)
6. **Warunki świadczenia usług**

Zamówienie może być udzielone osobie fizycznej prowadzącej lub nieprowadzącej indywidualnej praktyki specjalistycznej w podmiocie leczniczym:

**W zadaniu 1:** posiadającej specjalizacjęw dziedzinie chorób zakaźnych udokumentowane dyplomem uzyskania specjalizacji;

**W zadaniu 2:** posiadającej specjalizację w dziedzinie neurologii udokumentowane dyplomem uzyskania specjalizacji;

**W zadaniu 3**: posiadającej specjalizację w dziedzinie reumatologii udokumentowane dyplomem uzyskania specjalizacji;

Realizacja usług odbywać się będzie na podstawie warunków przedstawionych w umowie, której wzór stanowi integralną część niniejszych materiałów. Dla każdego zadania jest odrębny wzór umowy.

„Udzielający Zamówienia” oddaje do dyspozycji „Przyjmującego Zamówienie” aparaturę, sprzęt medyczny stanowiący wyposażenie „Udzielającego Zamówienia” i inne środki techniczne oraz pomocnicze niezbędne do realizacji niniejszej umowy.

„Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi   
i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

1. **Czas trwania umowy**

Umowa zostanie zawarta na okres do 31.07.2020 r., tj. w okresie realizacji zadania publicznego objętego niniejszym postępowaniem

Umowa ulega rozwiązaniu:

1. z upływem czasu, na który była zawarta;
2. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
3. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia;
4. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w szczególności w przypadku:
5. utraty uprawnień przez „Przyjmującego Zamówienie” niezbędnych do realizacji umowy.
6. rażących naruszeń przez „Przyjmującego Zamówienie” zasad kodeksu etyki lekarskiej i
7. ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty,
8. nie respektowania zasad organizacji udzielania świadczeń.
9. **Treść oferty**

Składana oferta musi zawierać:

1. Dane oferenta: nazwa, siedziba lub imię i nazwisko, adres, numer telefonu do kontaktu,
2. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, (wydruk pierwszej strony),   
   w przypadku indywidualnych praktyk specjalistycznych;
3. Aktualny wypis z CEIDG lub Krajowego Rejestru Sądowego oferenta, w przypadku indywidualnych praktyk specjalistycznych lub CV (curriculum vitae) w przypadku osób fizycznych nieprowadzących indywidualnej praktyki specjalistycznej w podmiocie leczniczym;
4. Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych oferenta: prawo wykonywania zawodu, posiadane specjalizacje,
5. Propozycję sposobu finansowania udzielonych świadczeń.
6. Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i materiałami informacyjnymi oraz wzorem umowy.
7. Oświadczenie o możliwości wykonania świadczeń na warunkach podanych w niniejszych MI wraz   
   z wzorem umowy.
8. Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta.
9. Przy składaniu oferty można wykorzystać formularz stanowiący załącznik nr 2 do niniejszych materiałów informacyjnych.

Dodatkowo zaleca się dołączenie dokumentów potwierdzających kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu (dyplom, prawo wykonywania zawodu i inne).

**UWAGA**: „Przyjmujący Zamówienie” zobowiązany jest posiadać obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz „Udzielającego Zamówienie” albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczenia zdrowotnego na kwotę nie niższą niż wynikająca z odrębnych przepisów.

„Przyjmujący Zamówienie” przedkłada wraz z ofertą lub nie później niż dniu podpisania kontraktu polisę ubezpieczeniową „Udzielającemu Zamówienie” - pod rygorem odstąpienia od podpisania umowy przez „Udzielającego Zamówienie” w trybie natychmiastowym, jak również zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia przez cały okres trwania umowy.

1. **Miejsce i termin składania ofert**

Oferty należy złożyć do dnia 27.09.2019 r., do godz. 12:00 w Kancelarii Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki.

1. **Otwarcie ofert**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 30.09.2019 r. o godz.12:30 w pokoju nr 3 w Instytucie Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki.

W otwarciu ofert mogą uczestniczyć oferenci. W ich obecności Komisja Konkursowa:

1. stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
2. otwiera koperty z ofertami i podaje nazwy (firmy) oraz adresy wykonawców oraz zaproponowane stawki.
3. **Termin związania ofertą**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

**H. Kryteria wyboru ofert**

Kryteria wyboru ofert: Wybierając najkorzystniejszą ofertę komisja konkursowa będzie brała pod uwagę następujące kryteria:

Kryterium Ranga W%=max. pkt.

1. Cena 90% = 90 pkt

2. Jakość świadczeń 5% =5 pkt

3. Dostępność świadczeń 2% =2 pkt

4. Ciągłość świadczeń 2%=2 pkt

5. Kompleksowość świadczeń 1 % = 1 pkt

Sposoby oceny poszczególnych kryteriów:

1. cena = 90% x ( najniższa oferta cenowa\* ) / analizowana oferta cenowa \* ) x 100 \*) suma pozycji z zał. nr 2 (formularz cenowy).

2. jakość świadczeń - posiadanie odpowiednich i udokumentowanych uprawnień, ocena oferty dokonana będzie w oparciu o złożone w formularzu Oferty oświadczenie, że Przyjmujący Zamówienie posiada odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie do realizacji przedmiotu świadczeń

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym:

posiadanie udokumentowanych uprawnień 5 pkt

brak udokumentowanych uprawnień 0 pkt

3. dostępność świadczeń — dokonana będzie w oparciu o złożone w formularzu oferty oświadczenie, że Przyjmujący Zamówienie będzie przyjmował zlecenia badań na bieżąco.

oferta, w której zaznaczono odpowiedź TAK — uzyska 2 punkty,

brak wyboru lub odpowiedź NIE oznacza przyznanie 0 punktów.

4. ciągłość świadczeń —dokonana będzie w oparciu o złożone w formularzu oferty oświadczenie, że Przyjmujący Zamówienie będzie dysponował przez cały okres trwania umowy wykwalifikowanym personelem i sprzętem niezbędnym do przeprowadzenia zamówienia.

oferta, w której zaznaczono odpowiedź TAK — uzyska 2 punkty,

brak wyboru lub odpowiedź NIE oznacza przyznanie 0 punktów.

5. kompleksowość świadczeń - dokonana będzie w oparciu o złożone w formularzu Oferty oświadczenie dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców:

realizacja świadczeń zdrowotnych bez udziału podwykonawców, oferta, w której zaznaczono odpowiedź TAK — uzyska 1 pkt,

brak wyboru lub odpowiedź NIE oznacza przyznanie 0 pkt.

1. **Rozstrzygnięcie konkursu**

Rozstrzygnięcia konkursu dokona komisja konkursowa powołana przez Dyrektora Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu, dokonuje następujących czynności:

1. stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
2. otwiera koperty z ofertami,
3. ustala, która z ofert spełnia warunki wymagane przez Zamawiającego,
4. odrzuca oferty nie spełniające wymaganych warunków lub wpływające po terminie,
5. wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

Komisja działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów z wyjątkiem czynności wskazanych   
w pkt. 1 i 2 części F niniejszych materiałów informacyjnych.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 30 dni od dnia otwarcia ofert.

W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Komisja konkursowa odrzuca ofertę:

1. złożoną przez oferenta po terminie,
2. zawierającą nieprawdziwe informacje,
3. jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanego sposobu finansowania udzielonych świadczeń,
4. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
5. jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
6. jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
7. złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez „Udzielającego Zamówienia” umowa   
   o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

Dyrektor Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki unieważnia konkurs, gdy:

* 1. nie wpłynęła żadna oferta,
  2. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, chyba, że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs nie wpłynie więcej ofert, a komisja konkursowa proponuje przyjęcie tej oferty,
  3. odrzucono wszystkie oferty,
  4. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą „Udzielający Zamówienia” przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
  5. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcia umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych komisja konkursowa ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.

Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki.

Niezwłocznie po zatwierdzeniu komisja konkursowa zawiadamia na piśmie wszystkich „Przyjmujących Zamówienie” o zakończeniu i wynikach konkursu.

„Udzielający Zamówienia” zawrze umowę z oferentem, którego oferta odpowiada warunkom formalnym oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą w oparciu o ustalone kryteria oceny ofert.

„Udzielający Zamówienia” zawrze umowę z wybranym oferentem na okres obowiązywania umowy zgodnie ze wzorem dołączonym do niniejszych materiałów.

1. **Środki odwoławcze**

Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje protest do Komisji Konkursowej i odwołanie do Dyrektora IMW.

**Protest:**

W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.

W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.

**Odwołanie**

Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora IMW w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia   
o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Odwołanie jest rozpatrywane w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.

1. **Umowa**

Zawarcie umowy z oferentem składającym najkorzystniejszą ofertę nastąpi w terminie do 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

1. **Szczególne wymagania Zamawiającego**

Wymaga się zawarcia umowy na warunkach przedstawionych we wzorze stanowiącym integralną część niniejszych materiałów informacyjnych. W przypadku złożenia oferty na więcej niż jedno zadanie zostanie podpisana jedna umowa uwzględniająca zakres złożonej oferty.

**Ł. Informacje dotyczące ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych**

1. Administratorem Danych jest Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin, NIP 7120103781, REGON 000288521.
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni p. Artur Szczupakowski, adres e-mail: szczupakowski.artur@imw.lublin.pl
3. Cel przetwarzania danych jest związany z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 lit c 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).
5. Dane osobowe będą przechowywane w czasie: 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, nie krótszy jednak niż cały czas trwania umowy.
6. Informujemy o prawie do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania, z zastrzeżeniem iż skorzystanie   
   z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.
7. Informujemy o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Informujemy, że podanie danych osobowych jest obowiązkowym wymogiem ustawowym określonym   
   w przepisach ustawy PZP, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego. Konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy PZP.
9. Informujemy, iż odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”.
10. Informujemy, iż nie przysługuje Pani/Panu w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych, prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO, na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Pracownicy przetwarzający dane osobowe nie korzystają z mechanizmów zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym profilowania.

Osoba uprawniona do kontaktu z Oferentami:

dr n. o zdr. Paulina Kaczor-Szkodny – tel. 81 718 45 41

Załączniki:

Załącznik nr 1: Wzór umowy

Załącznik nr 2: Formularz ofertowy

***Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy***

* + 1. **Dane oferenta (*nazwa, siedziba lub imi*ę *i nazwisko, adres numer telefonu do kontaktu*)**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………….**

* + 1. **Data sporz**ą**dzenia oferty……………………………………………………………………..**
    2. **Należność za realizację świadczeń zdrowotnych:**

**Zadanie 1:** stawka za konsultację w zakresie chorób zakaźnych 1 pacjenta skierowanego do udziału   
w zadaniu publicznym …………………………………………….…………...zł

**Zadanie 2:** stawka za konsultację 1 pacjenta skierowanego do konsultacji neurologicznych w ramach udziału w zadaniu ……………………………….……...zł

**Zadanie 3:** stawka za konsultację 1 pacjenta skierowanego do konsultacji reumatologicznych w ramach udziału w zadaniu ……………………..………...zł

Deklaruję gotowość do realizacji zadania zgodnie z materiałami informacyjnymi dla uczestników konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach zadania publicznego „Kompleksowej opieki nad rolnikami i ich rodzinami w zakresie diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i profilaktyki chorób odkleszczowych, ze szczególnym uwzględnieniem boreliozy”

1. Deklaruję realizację szerszego spectrum świadczeń niż opisany w materiałach konkursowych tak i oferuję również wykonywanie ………………………….. / nie \*)
2. Deklaruję realizację świadczeń w czasie wykraczającym poza ustalony na etapie realizacji zadania harmonogram – o ile taką potrzebę zgłosi Udzielający Zamówienie tak / nie \*) \*) wybrać właściwe; brak zaznaczenia odpowiedzi oznacza wybór odpowiedzi „nie”
3. Posiadam…. letnie doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w w/w zakresie.
4. Posiadam dotychczas umowę z Udzielającym Zamówienie – tak /nie\*) wybrać właściwe; brak zaznaczenia odpowiedzi oznacza wybór odpowiedzi „nie”
5. Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, materiałami informacyjnymi, wzorem umowy oraz posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Oświadczam, iż wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu (w przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).
7. **Oświadczam, iż posiadam specjalizację w zakresie ……………..……………………………………**
8. **Dysponuj**ę **nast**ę**puj**ą**cymi środkami ł**ą**czno**ś**ci:**

Telefon: ……………………………….. Fax: / e-mail: ………………………………………………..

**Zał**ą**czniki:**

1. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu (wydruk pierwszej strony).
2. Aktualny wypis z CEIDG lub KRS lub CV (curriculum vitae) w przypadku osób fizycznych nieprowadzących indywidualnej praktyki specjalistycznej w podmiocie leczniczym.
3. Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczenia będące przedmiotem konkursu – potwierdzające minimalne wymagania w zakresie przedmiotu konkursu (określone w materiałach informacyjnych).
4. ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………

*Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta*