**CZĘŚĆ III**

**FORMULARZ OFERTY**

**Konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej   
w schorzeniach układu krążenia**

**Rehabilitacja w systemie stacjonarnym**

**.............................................................**

**/Miejscowość, data/**

**.............................................................**

**Nazwa i adres Oferenta**

**/Pieczęć Oferenta/**

**ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

**ul. SZAMOCKA 3, 5**

**01-748 WARSZAWA**

**I. DANE OFERENTA**

1. **Pełna nazwa Oferenta**: ............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

2. a) **Adres z kodem pocztowym:** …………………………………………………..……….…………………………………

............................................................................................................................................

........................................................................................................................................

b) **Adres korespondencyjny z kodem pocztowym, na który Zakład, w szczególności, powinien przesłać zawiadomienie o rozstrzygnięciu konkursu ofert / rozpatrzeniu ewentualnego protestu:**

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

c)**E-mail:** ……………………………….……………………………………..….…………………………….……...……….

3. **Numer telefonu:** …................................................................................................................

4. **Numer faksu:** ........................................................................................................................

5. **NIP:** ....................................................................................................................................

6. **REGON:** ...............................................................................................................................

7. **Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**

..........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

8. **Numer i data wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego albo ewidencji działalności gospodarczej:**

..........................................................................................................................................

9. **Numer księgi rejestrowej i data wpisu do rejestru właściwego wojewody (rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą):** ………………………………………………………………..…..………………

10. **Imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta:**

1. .....................................................................................................................................,

numer telefonu kontaktowego: …………………..…………...………………………………………………………

2....................................................................................................................................,

numer telefonu kontaktowego:............................................................................................

**II. PRZEDMIOT OFERTY**

1. Oferujemy zrealizowanie **w 2023 r. – 5 turnusów, w 2024 r. – 14 turnusów, w 2025 r. – 14 turnusów, w 2026 r. – 7 turnusów** na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Rehabilitacja prowadzona będzie przez 24 dni w każdym turnusie.
2. Oferujemy udostępnienie **50 miejsc** w jednym turnusie rehabilitacyjnym dla potrzeb osób skierowanych przez ZUS w obiekcie/obiektach\*:

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa obiektu, adres, liczba miejsc ogółem i liczba miejsc udostępnionych dla potrzeb ZUS w jednym turnusie w danym obiekcie / obiektach)*

**III. OFEROWANA CENA POBYTU**

Oferujemy **cenę pobytu (stawkę kosztu jednego dnia pobytu w ośrodku osoby skierowanej przez Zakład)** w kwocie ..................................... zł brutto /słownie złotych brutto/ .........................................…………………………………………………………………….…….……………………., która obejmuje całkowity koszt realizacji usługi objętej umową, w tym:

1) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w kwocie ................................... zł brutto /słownie złotych brutto / ……...............................………………………………………….…….…………………………;

2) pozostałe koszty zawierające w szczególności koszty zakwaterowania i wyżywienia w kwocie ................................ zł brutto /słownie złotych brutto /……………………………….………………

**IV. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczamy, że zapewniamy realizację przedmiotu zamówienia w oferowanym obiekcie / obiektach\* oraz spełniamy wszystkie wymagania Zakładu określone w *Materiałach,* w tym w załączniku stanowiącym integralną część *Materiałów*.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z *Materiałami*, nie zgłaszamy zastrzeżeń do warunków w nich określonych i zobowiązujemy się do ich stosowania oraz ścisłego przestrzegania.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że zamieszczony w części IV *Materiałów* wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się na warunkach określonych we wzorze – w przypadku wyboru naszej oferty – do zawarcia umowy w miejscu i czasie określonym przez Zakład.
5. Oświadczamy, że oferowany obiekt jest dostępny /oferowane obiekty są dostępne\* do ewentualnej kontroli przez okres związania ofertą w godzinach: **8.00 – 18.00 od poniedziałku do soboty włącznie**.
6. Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na nagrywanie przebiegu kontroli lub fotografowanie przez zespół kontrolujący ośrodka rehabilitacyjnego, w szczególności: bazy hotelowej, gabinetów, aparatury leczniczej i diagnostycznej, a także dołączenia wykonanych nagrań i zdjęć do dokumentacji konkursowej prowadzonej przez Zakład w postępowaniu konkursowym i odwoławczym.
7. Oświadczamy, że informacje zawarte w załączonych do oferty dokumentach,   
   tj.: wykazie kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, dokumentach potwierdzających wymagane kwalifikacje (dyplomach, zaświadczeniach, itp.), umowie zawartej/umowach zawartych\* z innymi podmiotami – mają zostać potraktowane jako objęte **tajemnicą przedsiębiorstwa (tajemnicą przedsiębiorcy)** **i nie mogą podlegać udostępnieniu jako informacja publiczna:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………./proszę napisać uzasadnienie/.

1. **Oświadczamy, że spełniamy warunki** **do** prowadzenia działalności leczniczej (rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS) w obiekcie, który spełnia warunki higieniczno-sanitarne do prowadzenia działalności zgodnie z przeznaczeniem i spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
2. **Oświadczamy, że jesteśmy podmiotem wykonującym działalność leczniczą: TAK / NIE (niewłaściwe skreślić).**

**V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

Do niniejszego formularza oferty załączamy oryginały bądź potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie niżej wymienionych dokumentów **/należy skreślić te dokumenty, których Oferent nie załącza do oferty/**:

1. aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
2. aktualnego wypisu z rejestru właściwego wojewody (rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą)wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
3. aktualnego zaświadczenia właściwego organu podatkowego, że Oferent nie zalega z opłacaniem podatków albo uzyskał zgodę na zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
4. aktualnego zaświadczenia właściwej terytorialnie jednostki organizacyjnej Zakładu, że Oferent nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne albo uzyskał zgodę na zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
5. polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że Oferent na dzień złożenia oferty jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej tj. tj. obowiązkowa polisa odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r., poz. 866,
6. wykazu pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą,
7. dodatkowego wykazu pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą,
8. wykazu kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUSwraz z kserokopią stosownych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje,
9. wypełnionego formularza będącego załącznikiem nr 3 do oferty dotyczącego wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną oraz wykonane zdjęcia stanowiące załączniki do ww. formularza,
10. oświadczenia o dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami albo kopii certyfikatu dostępności, wydanego na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 4 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakie muszą spełniać podmioty dokonujące certyfikacji dostępności, wzoru wniosku o wydanie certyfikatu dostępności oraz wzoru certyfikatu dostępności (Dz. U. z 2021 r., poz. 412), poświadczona za zgodność z oryginałem,
11. ……………………………………… /inne/.

/należy wypełnić tylko w przypadku załączenia innych załączników/

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

*/Imienne pieczątki oraz własnoręczne podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta/*

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do formularza oferty

………………………………………………….

pieczęć Oferenta

**Wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa obiektu**  **Adres obiektu** | | **………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………** | | |
| **Liczba łóżek wydzielonych dla ZUS w obiekcie** | | | | **…..…………………** |
| **Winda w obiekcie** (wpisać TAK lub NIE) | | | | **…..…………………** |
| **Liczba łóżek ogółem w obiekcie** | | | | **…..…………………** |
| **Lp.** | **Piętro** | **Numer pokoju** | **Liczba łóżek**  **w pokoju** | **Powierzchnia pokoju (m2)** |
| **Pokój** dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich **\*\*** | | | | |
| 1 |  |  |  |  |
| Pozostałe pokoje | | | | |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |

...........................................................

/Podpis i pieczęć osoby upoważnionej/

\* wykaz należy sporządzić odrębnie dla każdego obiektu

\*\* brak łóżek w pokojach przystosowanych dla osób na wózkach inwalidzkich jest równoznaczny z niespełnieniem wymagania określonego w pkt 1.2.3 Wymagań ogólnych dla świadczeniodawców

Załącznik nr 1a do formularza oferty

………………………………………………….

pieczęć Oferenta

**Dodatkowy wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa obiektu**  **Adres obiektu** | | **………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………** | | |
| **Liczba łóżek wydzielonych dla ZUS w obiekcie** | | | | **…..…………………** |
| **Winda w obiekcie** (wpisać TAK lub NIE) | | | | **…..…………………** |
| **Liczba łóżek ogółem w obiekcie** | | | | **…..…………………** |
| **Lp.** | **Piętro** | **Numer pokoju** | **Liczba łóżek**  **w pokoju** | **Powierzchnia pokoju (m2)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

...........................................................

/Podpis i pieczęć osoby upoważnionej/

\* wykaz należy sporządzić odrębnie dla każdego obiektu

Załącznik nr 2 do formularza oferty

………………………………………………….

Pieczęć Oferenta

**Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr**  **z wymagań**  (podać odpowiedni nr  z wymagań) | **Nazwisko i imię** | **Funkcja**  (np. ordynator, asystent, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk ….) | **Specjalizacje**  **i wymagane certyfikaty\*\***  **(np. nr PWZF)** | **Uwagi** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ............................................., dnia ...................................... |  | Zatwierdził …………...................................................................  (imię i nazwisko, pieczęć) |

\* należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej,

\*\* w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie osoby z Prawem Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty, w przypadku masażysty dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

Załącznik nr 4 do formularza oferty

………………………………………………….

Pieczęć Oferenta

…………………………………………………………………

(miejscowość, data)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

o spełnieniu wymagań wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

Niniejszym oświadczam, że ……………………………………………………………………………………….………… (pełna nazwa Oferenta) zapewni osobom ze szczególnymi potrzebami, skierowanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej:

1. **minimalne wymagania służące dostępności, określone w art. 6** ustawy   
   z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami   
    (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)**\***, tj.:
2. w zakresie dostępności architektonicznej:
3. zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków;
4. instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych;
5. zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy;
6. zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego,   
   o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz.100, 173, 240);
7. zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
8. w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia   
   4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
9. w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
10. obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się,   
    o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym   
    i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe   
    i aplikacje,
11. instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
12. zapewnienie na stronie internetowej informacji o zakresie działalności –   
    w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym   
    do czytania,
13. zapewnienie komunikacji, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami,   
    w formie określonej w tym wniosku;
14. **dostęp alternatywny, określony w art. 7** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)**\*** – w przypadku, gdy Ośrodek nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tj.:
15. zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby;
16. zapewnienie wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii;
17. wprowadzenie takiej organizacji Ośrodka, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnych dla tych osób zakresie.

………………………………………………..

(podpis osoby uprawnionej   
do reprezentacji Oferenta)

**\* - niepotrzebne skreślić**