**CZĘŚĆ III**

**FORMULARZ OFERTY**

**Konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej
w schorzeniach onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego**

**Rehabilitacja w systemie stacjonarnym**

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

 **/Miejscowość, data/**

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

 **Nazwa i adres Oferenta**

 **/Pieczęć Oferenta/**

 **ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

 **ul. SZAMOCKA 3, 5**

 **01-748 WARSZAWA**

1. **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 2022 r. 14 – turnusów, w 2023 r. – 14 turnusów** na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Rehabilitacja prowadzona będzie przez 24 dni w każdym turnusie.
2. Oferujemy udostępnienie **…… miejsc** **(20 albo 40)** 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 / obiekty jest (są) dostępny (-e) 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.), umowach (umowie) zawartych (-ej) z innymi podmiotami – mają zostać potraktowane jako objęte **tajemnicą przedsiębiorstwa (tajemnicą przedsiębiorcy)** **i nie mogą podlegać udostępnieniu jako informacja publiczna: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**/proszę napisać uzasadnienie/.
8. **Oświadczamy, że spełniamy warunki higieniczno-sanitarne dla prowadzenia działalności leczniczej 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 2019 r. poz. 595) **i jesteśmy świadomi zapisu w umowie o dostarczeniu Zakładowi, najpóźniej do dnia rozpoczęcia pierwszego turnusu rehabilitacyjnego, aktualnej (tj. nie starszej niż 5 lat) opinii sanitarnej w przedmiocie spełniania warunków higieniczno-sanitarnych** dla prowadzenia działalności leczniczej, wydawanej przez właściwą powiatową stację sanitarno-epidemiologiczną, potwierdzającej, że w obiekcie, w którym planuje się prowadzenie działalności leczniczej (tj. rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS), zostały spełnione warunki higieniczno-sanitarne do prowadzenia działalności zgodnie z przeznaczeniem i spełnia on wymogi zawarte w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.
9. **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. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
2. aktualny wypis z rejestru właściwego wojewody (rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą)wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
3. aktualne zaświadczenie właściwego organu podatkowego, że Oferent nie zalega z opłacaniem podatków albo uzyskał zgodę na zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
4. aktualne zaświadczenie 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, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,
5. polisa lub inny dokument ubezpieczenia potwierdzający, że Oferent na dzień złożenia oferty jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej,
6. wykaz pokoi przeznaczonych dla osób skierowanych na rehabilitację leczniczą,
7. wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUSwraz z kserokopią stosownych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje,
8. wypełniony formularz będący załącznikiem nr 3 do oferty dotyczący wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną oraz wykonane zdjęcia stanowiące załączniki do ww. formularza,
9. oświadczenie o dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami albo kopia 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,
10. ……………………………………… /inne/.

/należy wypełnić tylko w przypadku załączenia innych załączników/

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

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

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 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. lekarz prowadzący, 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

\*\*\* proszę o wymianę pozostałych miejsc pracy zatrudnionej kadry medycznej

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 2020 r. poz. 1062) **\***, 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 2020 r. poz. 426, 568 i 875);
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 2017 r. poz. 1824), 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 2020 r. poz. 1062) **\*** – 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**