

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola –Śródmieście
01-445 Warszawa
ul. Ciołka 11**

Formularz Oferty
na realizację programu promocji zdrowia „Zdrowy Uczeń”

Nazwa Przyjmującego zamówienie

Adres

Tel. adres mail

REGON NIP

Nawiązując do ogłoszenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach programu promocji zdrowia „Zdrowy Uczeń”.

My niżej podpisani

składamy ofertę:

Lp.	Nazwa szkoły	Adres	Liczba uczniów objętych programem	Stawka kapitacyjna na 1 ucznia na okres 10 miesięcy	Kwota ogółem
1.	Zespół Szkół nr 36	ul. Kasprzaka 19/21	1019	28,50	
2.	Zespół Szkół nr 7	ul. Chłodna 36/46	682	28,50	
3.	CXIX Liceum Ogólnokształcące	ul. Złota 58	500	28,50	
4.	Zespół Szkół Fototechnicznych	ul. Spokojna 13	623	28,50	
5.	Zespół Szkół Samochodowych	Al. Jana Pawła II 69	801	28,50	
6.	Zespół Szkół im M. Konarskiego	ul. Okopowa 55a	708	28,50	
7.	Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 1	ul. Księcia Janusza 45/47	373	28,50	
Ogółem kwota					

1. Niniejszym oświadczam, że:

- 1) posiadamy letnie doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu promocji zdrowia,
- 2) realizujemy świadczenia zdrowotne w w/w placówkach szkolno-wychowawczy w ramach umowy zawartej z MOW NFZ,
- 3) zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert na realizację programu promocji zdrowia „Zdrowy uczeń”, nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków konkursu ofert i uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami,

- 4) zapoznałem się ze wzorem umowy, który stanowi załącznik nr 3 do „warunków konkursu ofert”. Akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zasadach określonych w załączniku,
- 5) dysponuję osobami, które posiadają odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz dysponuję sprzętem medycznym do realizacji przedmiotu umowy,
2. program promocji zdrowia „Zdrowy Uczeń”, będzie realizowany zgodnie z załącznikiem nr 1 do Uchwały XLIII/1326/2021 Rady m. st. Warszawy z 14 stycznia 2021 r. w sprawie przyznania w 2021 r. dotacji na realizację programu promocji zdrowia „Zdrowy Uczeń”.
3. Zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia w okresie od dnia zawarcia umowy z Miastem st. Warszawa do 31 grudnia 2021 roku, ze względu na okres ferii świątecznych realizacja przedmiotu umowy winna zakończyć się 18 grudnia 2021 roku
4. Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.
5. Dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście w Warszawie (adres siedziby: ul. Ciołka 11, 01 – 445 Warszawa), jako administratora, w celu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w drodze postępowania konkursowego. Zostałam/łem poinformowana/y o możliwości wycofania zgody na adres mailowy iod@zozwola.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.
6. Załącznikami do niniejszej oferty są:
 - a) Oświadczenie – załącznik nr 4
 - b) Kserokopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnie/oświadczenie, o że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na czas obowiązywania umowy.
 - c) Informację o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych, numeru prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych
 - d)
 - e)

.....
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania oferty

(miejscowość, data)

KLAUZULA INFORMACYJNA:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych Przyjmującego zamówienie jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście, adres ul. Ciołka 11, 01-445 Warszawa;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którymi mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetworzenia Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@zozwola.pl;
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. B) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych oraz zawarcia i realizacji umowy na świadczenie usług medycznych;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 (RODO) informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie, w jakim dane umieszczane są w dokumentach sporządzonych dla celów wskazanych w ww. ustawach;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, skorzystanie ze sprzeciwu nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wniesienia sprzeciwu. Przysługuje Państwu również prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do złożenia oferty konkursowej. Konsekwencją niepodania danych osobowych może być odrzucenie oferty w konkursie oraz nie podpisanie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe, dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

podpis Przyjmującego zamówienie

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

Nazwa, adres siedziby nr telefonu

Oświadczenie

.. Niniejszym oświadczam, że jako Przyjmujący zamówienie składający ofertę o zawarcie umowy na realizację programu promocji zdrowia „Zdrowy Uczeń” jestem*:

- ☐ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez _____, pod numerem _____,
- ☐ praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez _____, pod numerem _____.
- osobą fizyczną inną niż wymienione, powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, nie dotyczy**

!. Oświadczam, że jako składający ofertę o zawarcie umowy na realizację programu promocji zdrowia „Zdrowy Uczeń” jestem wpisany do*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego _____, pod numerem _____.
- ☐ nie dotyczy
- !. Oświadczam, że jako składający ofertę o zawarcie umowy na realizację programu promocji zdrowia „Zdrowy Uczeń” jestem wpisany do*:
- ☐ Ewidencji Działalności Gospodarczej, prowadzonej przez _____, pod numerem _____.
- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.).

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego zamówienie

* właściwe zaznaczyć

**możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy

