

ZARZĄDZENIE NR 24/2021
WÓJTA GMINY MAŁKINIA GÓRNA

z dnia 24 marca 2021 r.

w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację w 2021 r. gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”

Na podstawie art. 7 ust.1 pkt 1, art. 9a, art. 48 ust. 1 oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) oraz Uchwały Nr 129/XVI/2019 Rady Gminy Małkinia Górna z dnia 09.12.2019 r. w sprawie przyjęcia gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” zarządza się, co następuje:

§ 1. Ogłasza się otwarty konkurs ofert dla uprawnionych podmiotów do składania ofert na realizację w roku 2021 gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”.

§ 2. Integralną część zarządzenia stanowią załączniki:

- 1) ogłoszenie o konkursie - załącznik nr 1;
- 2) formularz ofertowy - załącznik nr 2;
- 3) projekt umowy - załącznik nr 3.

§ 3. Wykonanie Zarządzenia powierza się Sekretarzowi Gminy Małkinia Górna.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania i podlega ogłoszeniu na tablicy ogłoszeń oraz Biuletynie Informacji Publicznej.

Wójt Gminy

mgr Bożena Kordek

Ogłoszenie o konkursie

na podstawie art. 7 ust.1 pkt 1, art. 9a, art. 48 ust. 1 oraz art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) oraz Uchwały Nr 129/XVI/2019 Rady Gminy Małkinia Górna z dnia 09.12.2019r. w sprawie przyjęcia gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”

Wójt Gminy Małkinia Górna z siedzibą w Małkini Górnej przy ul. Przedszkolnej 1, ogłasza otwarty konkurs ofert i zaprasza do składania ofert na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” w roku 2021.

I. Przedmiot konkursu:

Wybór realizatora w 2021r. programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” – stanowiący załącznik do wyżej wymienionej uchwały Rady Gminy.

II. Organizatorem konkursu jest Urząd Gminy Małkinia Górna z siedzibą przy ul. Przedszkolnej 1, 07-320 Małkinia Górna.

III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu:

do konkursu mogą przystąpić podmioty prowadzące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020r. poz. 295 z późn. zm.) , który spełnia wszelkie warunki określone w ogłoszeniu o konkursie.

Podmiot przystępujący do konkursu powinien spełnić następujące wymagania:

1. Posiadać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzoną na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020r. poz. 295 z późn. zm.).
2. Spełnić wymogi sprzętowe i kadrowe, dotyczące świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2021 poz. 265],
3. Zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów i pielęgniarki,
4. Posiadać sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.
5. Posiadać aktualną polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności leczniczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
6. Dysponować lokalem, w którym będą świadczone usługi w warunkach ambulatoryjnych w zakresie rehabilitacji leczniczej, położonej w odległości nie większej niż 30 km od siedziby Urzędu Gminy w Małkini Górnej, spełniającym warunki określone w przepisach prawa.
7. Zapewnić mieszkańcom gminy Małkinia Górna dostęp do świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej tj.: świadczenia mają odbywać się w dni powszednie od poniedziałku do piątku według harmonogramu zaproponowanego przez realizatora.

8. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2020 poz. 849 z późn. zm.), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2020 poz. 702 z późn. zm.), a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781).

IV. Grupa docelowa:

1. W ramach realizacji zadania planowane jest objęciem w 2021 r. około 120 mieszkańców zamieszkałych na terenie gminy Małkinia Górna w wieku 44 lata i więcej z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego, którzy posiadają skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty oraz którzy w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem do programu nie korzystali ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS, lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych.
2. Rehabilitacja będzie prowadzona według kolejności zgłoszeń do wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania.

V. Termin realizacji zadania: od daty zawarcia umowy do dnia 18.11.2021r.

VI. Przedmiotowy zakres realizacji zadania:

1. Przeprowadzenie akcji informacyjnej o programie polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”.
2. Przyjmowanie zgłoszeń i rejestracji pacjentów ze stosownym skierowaniem od lekarza POZ lub lekarza specjalisty (nie będą honorowane skierowania tzw. prywatne”) z określoną liczbą oraz rodzajem zabiegów oraz dokonanie stosownej adnotacji na skierowaniu.
3. Uzyskanie od beneficjentów świadczeń pisemnej zgody na uczestnictwo w programie wraz z pisemnym *oświadczeniem* o wyrażeniu zgody na przekazywanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu oraz *oświadczenie*, że nie korzystał z cyklu zabiegów rehabilitacyjnych w ramach NFZ (również w ramach w/w programu)w ostatnich 6 miesiącach oraz *oświadczeniem* o zamieszkaniu na terenie gminy Małkinia Górna.
4. Zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego zgodnie z zakresem zawartym w katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych, które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest z nim zgodne.
5. Wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich (przewiduje się nie więcej niż 10- dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie, z katalogu znajdującego się w tab. I.) wraz z częścią edukacyjną, obejmującą 1 spotkanie edukacyjne 45 – minutowe w grupach max. 20- osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej.
6. Poinformowanie beneficjenta o dalszych zaleceniach rehabilitacyjnych.
7. Przeprowadzenie wśród beneficjentów świadczeń ankiety oceniającej stan zdrowia przed wykonaniem świadczeń rehabilitacyjnych i po ich zakończeniu oraz oceniającej jakość świadczonych usług po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego (wg wzoru, załącznik nr 1 do programu). Składanie kwartalnych sprawozdań a także sprawozdania końcowego z realizacji podejmowanych działań (wg wzoru, załącznik nr 2 do programu). Przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta (wg wzoru, załącznik nr 3 do programu). Dostarczenie organizatorowi zestawienia świadczeń realizowanych w

ramach programu polityki zdrowotnej (*załącznik nr2 do umowy*) w formie pisemnej i elektronicznej.

8. Utylizacja zużytych materiałów wykorzystanych przy wykonywaniu świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Prowadzenie w formie papierowej dla indywidualnego beneficjenta rejestru wykonywanych w ramach skierowań świadczeń potwierdzonych ich wykonanie podpisem beneficjenta.
10. Sporządzania co miesięcznych rozliczeń wykonywanych świadczeń (wg załącznika nr 2 do umowy) stanowiących załącznik do faktur częściowych.
11. Sporządzenie i złożenie na żądanie organizatora informacji na temat realizacji zadania.
12. Monitoring i ewaluacja zadania.

Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Rodzaj interwencji - Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
A. Kinezyterapia	
indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	25
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	8
pijonizacja	8
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	6
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	6
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	6
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	8
wyciągi	7
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	5
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1
B. Masaże	
masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	10
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	12
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
masaż podwodny - hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	10
hydromasaż podwodny miejscowy	10
hydromasaż podwodny całkowity	15
masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	4
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	4
jonoforeza	5
kąpiel czterokomorowa	10
kąpiel elektryczna – wodna całkowita	14
elektrostymulacja	7
tonoliza	6
prądy diadynamiczne	4
prądy interferencyjne	4
prądy TENS	4
prądy TRAEBERTA	4
prądy KOTZA	4
ultradźwięki miejscowe	6
ultrafonoforeza	7
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3

E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3
laseroterapia - skaner	3
laseroterapia punktowa	6
okłady parafinowe	4
F. Hydroterapia	
kąpiel wirowa kończyn	7
inne kąpiele - wirowa w tanku	15
natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski	10
G. Krioterapia	
krioterapia - zabieg w kriokomorze	25
krioterapia - miejscowa (pary azotu)	8
H. Balneoterapia	
okłady z borowiny - ogólne	8
okłady z borowiny - miejscowe	6
kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO2	12
fango	7

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m oraz 1n do Zarządzenia Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

VII. Sposób składania oferty:

1. Oferta powinna zawierać:

- 1) Wypełniony formularz ofertowy, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia, posiadający:
 - a) opis sposobu realizacji zadania wskazujący dni i godziny, w których będą realizowane świadczenia;
 - b) określenie warunków lokalowych, wskazanie adresu lokalu, w którym będą wykonywane świadczenia;
 - c) wskazanie wyposażenia w sprzęt medyczny ze szczególnym uwzględnieniem aparatury i sprzętu do realizacji przedmiotu oferty;
 - d) cenę jednostkową brutto za jeden punkt rozliczeniowy oraz kalkulację ilościowo – cenową a także oferowaną cenę jednostki tj. indywidualny plan rehabilitacji oraz jednostkowy koszt działań edukacyjnych a także koszt akcji informacyjnej oraz koszt monitoringu i ewaluacji.
- 2) Dołączone kopie dokumentów, tj.:
 - a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ((Dz. U. z 2020r. poz. 295 z późn. zm.),
 - b) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych wymaganych w związku z programem,
 - c) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument, potwierdzający m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej działalności i sposób reprezentacji zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego kiedy został wydany, oraz stosowne upoważnienia - jeżeli wymagają tego przepisy prawa.
 - d) decyzje w sprawie nadania nr NIP,
 - e) zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
 - f) polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, ważną w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia takiej umowy, jeżeli jej termin wygasa w trakcie wykonywania umowy.
- 3) Oświadczenia dotyczące:
 - a) zapoznania się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu,

- b) liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń określonych w ramach zadania objętego konkursem,
- c) spełnienia wszystkich wymagań zawartych w szczegółowych warunkach konkursu,
- d) zgodność danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym i prawnym,
- e) podpisania umów o współpracy z podwykonawcami,

2. Zaoferowana cena jednostkowa brutto za 1 punkt rozliczeniowy nie będzie podlegała zmianom w trakcie realizacji umowy.

3. Podpis pod ofertą i załącznikami do oferty składa osoba upoważniona do składania w imieniu oferenta oświadczeń woli.

4. W formularzu oferty należy wypełnić wszystkie pola czytelnie. W polach, które nie odnoszą się do oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

5. Załączniki przedkładane w formie kserokopii muszą być uwierzytelnione przez osobę uprawnioną do złożenia oferty z adnotacją „za zgodność z oryginałem”.

6. Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w sposób czytelny i przejrzysty.

VIII. Termin i miejsce składania ofert:

1. Oferty należy składać na załączonym formularzu ofertowym w terminie do dnia 12.04.2021r. do godziny 16⁰⁰ w formie pisemnej, w zamkniętej kopercie opatrzonej adresem Oferenta z dopiskiem: **Konkurs na wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”- NIE OTWIERAĆ** w sekretariacie Urzędu Gminy Małkinia Górna ul. Przedszkolna 1, 07-320 Małkinia Górna. Oferta przesłana za pośrednictwem poczty lub pocztą kurierską będzie traktowana jako złożona w terminie, jeśli zostanie dostarczona do siedziby organu ogłaszającego konkurs do dnia **12.04.2021r.** do godziny 16⁰⁰.
2. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
3. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych.
4. Szczegółowe warunki konkursu ofert, wzór formularza ofertowego oraz wzór umowy można uzyskać w siedzibie zamawiającego (pokój 2) lub pobrać ze strony internetowej www.bip.malkiniagorna.pl w zakładce – otwarte konkursy ofert.
5. Termin związania ofertą ustala się na 30 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert. Komisja może zwrócić się do oferentów o wyrażenie zgody na przesunięcie związania z ofertą.

IX. Kryteria oceny ofert:

1. cena za jeden punkt rozliczeniowy oraz cena za jednostkę działań edukacyjnych, a także koszt akcji informacyjnej oraz monitoringu i ewaluacji,
2. dostępność świadczeń zdrowotnych.

X. Organizator konkursu zastrzega sobie prawo do:

odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych, odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert, zmiany warunków konkursu, zamknięcia konkursu bez wybrania oferty.

XI. Tryb, kryteria i terminy wyboru ofert:

1. Czynności związane z przeprowadzeniem konkursu i wyłonieniem realizatora wykona komisja Konkursowa, powołana Zarządzeniem Wójta Gminy Małkinia Górna.
2. Wójt Gminy Małkinia Górna dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert, od którego nie przysługuje odwołanie.
3. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **14.04.2021r. o godz. 11:00** w siedzibie Urzędu Gminy Małkinia Górna przy ul. Przedszkolnej 1, /z możliwością zmiany terminu/.

XII. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy Gminą Małkinia Górna a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

XIII. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji na stronie internetowej: www.malkiniagorna.pl oraz w BIP a także na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Gminy Małkinia Górna.

XIV. Osoba do kontaktu z Oferentami:

Osobą upoważnioną przez Zamawiającego do kontaktu z Realizatorami jest Wiesława Augustyniak pokój 2 codziennie w godz. od 8.00 – 16.00, tel. 29 644 29 78, e-mail: waugustyniak@malkiniagorna.pl .

FORMULARZ OFERTY

do konkursu ofert na wybór realizatora gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” w 2021 r.

1. Dane oferenta

I	Dane oferenta
Adres (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo)	
Telefon, fax, adres e-mail	
Data i numer wpisu do właściwego rejestru	
NIP	
Regon	
Nr rach. bankowego	
Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, udzielanie informacji)	
Opis działań podejmowanych w celu realizacji zadania	

II. Informacje o personelu medycznym udzielającym świadczeń:		
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Data od kiedy udziela świadczeń u oferenta wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa)	Posiadane specjalizacje, certyfikaty
III. Informacje o warunkach lokalowych oraz sprzęcie i materiałach wykorzystywanych do realizacji świadczeń zdrowotnych:		
Warunki lokalowe zgodne z przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie		
Wyposażenie w sprzęt medyczny (aparatura, sprzęt do realizacji świadczeń) zgodny z przepisami obowiązującymi w tym zakresie		
IV. Dostępność do świadczeń zdrowotnych:		
Miejsce realizacji świadczeń (dokładny adres)		
Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń		
V. Kalkulacja realizacji zadania:		
Cena jednostkowa brutto w zł za 1 punkt produktu rozliczeniowego: zł Słownie.....	
Cena jednostkowa brutto działań edukacyjnych zł Słownie.....	
Koszt akcji informacyjnej (opracowanie i wydruk materiałów informacyjnych) zł Słownie.....	
Koszt monitoringu i ewaluacji zł Słownie.....	
Kalkulacja kosztu całkowitego		

--	--

2. jednocześnie oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się i nie wnoszę uwag do ogłoszenia o konkursie ofert oraz projektu umowy;
- 2) spełniam wszystkie wymogi zawarte w ogłoszeniu o konkursie;
- 3) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
- 4) osoby realizujące świadczenia posiadają kwalifikacje podane przez organizatora;
- 5) przez okres realizacji zadania, zobowiązuję się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób z odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi i uprawnieniami do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
 - b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczenia i odpowiadających wymaganiom odrębnych przepisów,
 - c) zapewnienia specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do wykonywania świadczeń zgodnych z wymaganiami odrębnych przepisów praw oraz posiadających aktualne przeglądy techniczne potwierdzone w paszportach tych urządzeń;
 - d) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - e) utrzymywania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń – przez cały okres realizacji świadczeń oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
 - f) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą,

2. Ponadto Oferent oświadcza:

- a) złożona oferta wiąże nas na 30 dni, bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,
- b) w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję(my) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć przedstawicieli
oferenta

7. Załączniki do niniejszej oferty:

- 1) kopia wypisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 106 w związku z art. 217 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020r. poz. 295 z późn. zm.), zgodnego ze stanem faktycznym i prawnym,
- 2) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem

terminu składania ofert. Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.

- 3) statut zakładu, (jeżeli posiada),
- 4) kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu,
- 5) kopie aktualnej polisy zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania,

- 6) Decyzje w sprawie nadania nr NIP,
- 7) Zaświadczenie o nr REGON,
- 9) inne dokumenty:

.....
.....

.....
/data/

.....
/podpis Oferenta-Zleceniobiorcy
lub upoważnionego przedstawiciela/

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 24/2021
Wójta Gminy Małkinia Górna
z dnia 24 marca 2021 r.

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy

oświadczam, że:

1) moim jedynym miejscem zamieszkania na pobyt stały*/tymczasowy* jest:

.....
.....
(miejscowość, nr kodu pocztowego, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam stosownym podpisem.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do umowy Nr.....
pomiędzy Gminą Małkinia Górna a
.....

....., dnia
(miejscowość)

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” w roku 2021

Informacja o ilości pacjentów za miesiąc
(sporządzona na podstawie prowadzonej dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych wynikających z odrębnych przepisów)

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta Nr PESEL lub seria i nr dowodu osobistego, lub paszportu, adres	Data udzielonego świadczenia dz-m-rr	Nazwa udzielonego świadczenia	Ilość zabiegów	Wartość punktowa 1 zabiegu	Cena jednostkowa świadczenia	Wartość
						Ogółem	

.....
podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczam(-y), że:

- 1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Przyjmującego zamówienie,
- 2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) czynności wykonywane w ramach Programu polityki zdrowotnej nie są i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
- 4) w zakresie związanym z realizacją Programu polityki zdrowotnej, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
podpis Przyjmującego zamówienie

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko)

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy

oświadczam, że:

1) moim jedynym miejscem zamieszkania na pobyt stały*/tymczasowy* jest:

.....
.....
(miejscowość, nr kodu pocztowego, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam stosownym podpisem.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

* niepotrzebne skreślić

ZGODA

**na uczestnictwo w programie polityki zdrowotnej pod nazwą:
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna
na lata 2020-2024” w roku 2021**

Ja,, nr PESEL
zamieszkała/y:
wyrażam zgodę na przeprowadzenie świadczeń rehabilitacyjnych w ramach programu.

OŚWIADCZENIE

**o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestnika programu polityki zdrowotnej pod
nazwą:
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna
na lata 2020-2024” w roku 2021**

<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wójta Gminy Małkinia Górna moich danych osobowych (tj. imię i nazwisko, nr PESEL, adres, rodzaj i kod zabiegu rehabilitacyjnego) w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”.
<input type="checkbox"/>	Wiem, że mogę wycofać zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem.
<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zapoznałam/em się z poniższą klauzulą informacyjną.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) informuję, że:

Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Małkinia Górna, ul. Przedszkolna 1, 07-320 Małkinia Górna.

Inspektor ochrony danych:

Można kontaktować się z wyznaczonym przez Wójta Gminy Małkinia Górna inspektorem ochrony danych pod adresem:

- Urząd Gminy w Małkini Górnej, ul. Przedszkolna 1, 07-320 Małkinia Górna,
- iodo@malkiniagorna.pl.

Cel przetwarzania danych oraz podstawa prawna:

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., która może zostać odwołana w dowolnym czasie.

Odbiorcy danych:

Pani/Pana dane osobowe będą mogły być przekazywane podmiotom upoważnionym z mocy prawa.

Okres przechowywania danych osobowych:

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu ustania celu przetwarzania lub przez okres wynikający z kategorii archiwalnej dokumentów, w których ujęte są dane, określonej w przepisach wykonawczych do ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach lub do momentu odwołania zgody.

Prawa osób, których dane dotyczą:

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Może Pani/Pan również wycofać zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO: Biuro Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis

Cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/y

cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, której udzieliłam/udzieliłem Wójtowi Gminy Małkinia Górna w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”.

.....
Miejscowość, data, czytelny podpis