Załącznik nr 1 do Regulaminu

konkursu ofert na prowadzenie

rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej

Konkurs ofert nr   
IIA-NRW-2024-2027

**FORMULARZ OFERTY**

**Konkurs ofert na prowadzenie wczesnej rehabilitacji powypadkowej dla osób, które podczas wypadku doznały urazu narządu ruchu**

**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**
2. **Pełna nazwa Oferenta**: .........................................................................................................................................................

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

1. **Adres z kodem pocztowym:** …………………………………………………..……….…………………………………………

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

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

1. **Adres korespondencyjny z kodem pocztowym, na który ZUS, w szczególności, powinien przesłać zawiadomienie o rozstrzygnięciu konkursu/rozpatrzeniu ewentualnego protestu:**

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

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

1. **E-mail:** ……………………………….……………………………………..….…………………………….……...……………………..
2. **Numer telefonu:** …..........................................................................................................................
3. **NIP:** .................................................................................................................................................
4. **REGON:** ...........................................................................................................................................
5. **Nazwa banku i numer rachunku bankowego:**

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

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

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

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

1. **Numer księgi rejestrowej i data wpisu do rejestru właściwego wojewody (rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą):** ………………………………………………………………..…..………………
2. **Imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta:**
   1. ...................................................................................................................................................,

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

* 1. ...................................................................................................................................................,

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

1. **Imiona i nazwiska osób upoważnionych do udziału w kontroli wskazanej w § 8 ust. 5 *Regulaminu konkursu*:**
   1. ..................................................................................................................................................,

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

* 1. ..................................................................................................................................................,

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

**II. PRZEDMIOT OFERTY**

1. Oferujemy zrealizowanie **w 2024 r. – 3 turnusów, w 2025 r. – 14 turnusów, w 2026 r. – 14 turnusów, w 2027 r. – 7 turnusów** na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Rehabilitacja prowadzona będzie przez 24 dni w każdym turnusie.
2. Oferujemy udostępnienie …… **miejsc** **(10 albo 20 albo 30)** w jednym turnusie rehabilitacyjnym dla potrzeb osób skierowanych przez ZUS w obiekcie/obiektach\*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa obiektu | Liczba miejsc ogółem | Liczba miejsc udostępnionych w jednym turnusie | Adres obiektu | Telefon obiektu | Adres  e-mail obiektu |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**III. OFEROWANA CENA POBYTU**

Oferujemy **cenę pobytu (stawkę kosztu jednego dnia pobytu w Ośrodku rehabilitacyjnym osoby skierowanej przez ZUS)** w kwocie ..................................... zł brutto, która obejmuje całkowity koszt realizacji usługi objętej umową.

**IV. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczamy, że zapewniamy realizację przedmiotu zamówienia w oferowanym obiekcie/obiektach\* oraz spełniamy wszystkie wymagania ZUS określone w *Regulaminie konkursu,* w tym w załączniku nr 2 Specyfikacja wymagań dla Ośrodka realizującego umowę, stanowiącym integralną część *Regulaminu konkursu*.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z *Regulaminem konkursu*, 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 *Regulaminie konkursu* 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 ZUS.
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, w celu dołączenia wykonanych nagrań i zdjęć do dokumentacji konkursu.
7. Oświadczamy, że zastrzegamy tajemnicę przedsiębiorstwa TAK/NIE\*. 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\*
3. Oświadczamy, że wszystkie dokumenty dołączone do oferty, wymienione w części V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY są oryginalne albo sporządzone na podstawie oryginalnych dokumentów.
4. Oświadczamy, żebaza hotelowa lub diagnostyczno-rehabilitacyjna udostępniona oferentowi przez inny podmiot lub własna baza oferenta nie jest objęta licytacją komorniczą (dotyczącą nieruchomości i ruchomości), egzekucją komorniczą lub innym postępowaniem mogącym mieć wpływ na realizację umowy.

**V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

Do niniejszego formularza oferty załączamy oryginały lub 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 ZUS, 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,
6. wykazu kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUSwraz z kserokopią stosownych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje,
7. wypełnionego wykazu gabinetów, aparatury leczniczej i diagnostycznej oraz wykonane zdjęcia stanowiące załączniki do ww. wykazu,
8. 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),
9. ……………………………………… /inne/.

/należy wypełnić tylko w przypadku załączenia innych załączników/

Podpisy:

Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania Oferenta

(zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub dołączonym pełnomocnictwem)

1. ……………………........ ................................ ……………………………. ……………………..……….............................

*/imię/ /nazwisko/ /stanowisko/ / podpis /*

1. ……………………….... …............................ ………………………….... ……………………………………..........................

*/imię/ /nazwisko/ /stanowisko/ / podpis/*

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 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

Załącznik nr 2 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 2024 r. poz. 44),
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; (Dz. U. z 2023 r. poz. 1440);
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 rehabilitacyjny 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 rehabilitacyjnego, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnych dla tych osób zakresie.

………………………………………………..

(podpis osoby uprawnionej   
do reprezentacji Oferenta)

\*niepotrzebne skreślić