**Załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursu**

**dla podmiotów leczniczych na wybór realizatorów świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie terapii uzależnień w latach 2023-2026**

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

 *Pieczątka Oferenta* *Data i miejsce złożenia oferty*

1. **Dane o Oferencie:**
2. Pełna nazwa Oferenta .................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................
3. Adres wraz z kodem pocztowym

………………………………………………………………………………………………

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez właściwego wojewodę ....................................................................................................................
2. Data i numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru .................................................................................................................................................
3. NIP ............................................................
4. REGON .............................................................
5. Czy placówka jest płatnikiem podatku VAT……………………………………….………
6. Kierownik podmiotu ........................................................................................................................………………*(imię i nazwisko, nr telefonu)*
7. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania .................................................................................................................................................*(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)*
8. Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania ................................................................................................................................................(imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail)
9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego do celów rozliczeniowych ...............................................................................................................................................
10. Termin realizacji: ……………………………………………………………………….…………..
11. Numer fax ……………………………………………………………………………...…………..
12. **Wartość oferty na rok 2023**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj czynności** | **Jednostka****rozliczeniowa - punkt** | **Proponowana cena za punkt****(w zł)** | **Proponowana liczba punktów** | **Wartość****(cena x liczba punktów w zł)** |
| 1. | porada lub wizyta diagnostyczna | 10,40 |  |  |  |
| 2. | porada lub wizyta terapeutyczna (kolejna) | 6,95 |  |
| 3. | porada lub wizyta lekarska | 3,50 |  |
| 4. | sesja psychoterapii indywidualnej | 13,90 |  |
| 5. | sesja psychoterapii rodzinnej/pary | 5,00 |  |
| 6. | sesja psychoterapii grupowej (za każdego uczestnika) | 4,50 |  |
| 7. | sesja psychoedukacyjna (za każdego uczestnika) | 1,60 |  |
| 8 | wizyta instruktora terapii uzależnień | 3,50 |  |
| 9. | Superwizja osoby z personelu | 5,00 |  |
| **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

Uwagi dodatkowe:

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

1. **Oświadczam(-my), że:**
2. proponowane zadanie – przedmiot konkursu mieści się w zakresie działalności statutowej podmiotu, a wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
3. będę udzielał świadczeń zgodnych z przedmiotem ogłoszenia finansowanych przez Gminę Miejską Kraków tym pacjentom, których świadczeń nie finansuje jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach posiadanej przeze mnie umowy z NFZ (dotyczy to także innych podmiotów),
4. posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu,
5. zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia konkursowego, warunki konkursu ofert oraz wzór umowy.
6. posiadam wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z kodem resortowym komórki/ek organizacyjnej/ych wskazanej/ych w ogłoszeniu,
7. osoby wchodzące w skład personelu wskazanego w ofercie zostały poinformowane o przekazaniu ich danych osobowych do Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie oraz zapoznane z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych stanowiącą załącznik nr 4 do oferty.

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

*Imię i nazwisko, podpis osoby/ osób uprawnionej/nych do reprezentacji Oferenta, pieczęć Oferenta*

**IV. Realizacja programów terapeutycznych (nazwa programu oraz krótki opis):**

1. ……………………………………………………………………………….
2. ……………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………….
4. …………………………………………………………………………….…

**V. Dostępność – wskazanie konkretnych działań mających na celu zapewnienie dostępności architektonicznej, cyfrowej i/lub informacyjno-komunikacyjnej osobom ze szczególnymi potrzebami:**

**Załączniki do formularza ofertowego (dla każdej lokalizacji lub poradni wskazanej przez Oferenta):**

1. zakres oraz miejsce wykonywania świadczeń – załącznik nr 1 do oferty,
2. kwalifikacje zawodowe personelu – załącznik nr 2 do oferty,
3. harmonogram pracy personelu– załącznik nr 3 do oferty,
4. informacja w zakresie przetwarzania danych osobowych – załącznik nr 4 do oferty.

**Dodatkowo wraz z formularzem ofertowym należy złożyć:**

* kopię aktualnego statutu, bądź innego dokumentu określającego status formalnoprawny podmiotu,
* kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu wymienionego w załączniku nr 2 do oferty,
* pełnomocnictwo (w przypadku podpisania oferty i wszelkich dokumentów przez osobę nie wymienioną we właściwych rejestrach jako upoważnioną do reprezentowania Oferenta).

**Oferta składa się z: formularza ofertowego wraz z załącznikami (nr 1, 2, 3 i 4) oraz pozostałych niezbędnych dokumentów, które stanowią integralną część oferty.**

**Wszystkie dokumenty – kserokopie stanowiące załączniki do oferty muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania podmiotu leczniczego – Oferenta.**

**Wszystkie strony formularza ofertowego wraz z załącznikami oraz pozostałe załączniki do oferty (wymagane dokumenty) muszą być kolejno ponumerowane (od pierwszej strony oferty do ostatniej strony załącznika) i zaparafowane przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentowania podmiotu leczniczego – Oferenta.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Załącznik nr 1 do oferty* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zakres oraz miejsce wykonywania świadczeń** **(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)** |  |  |  |  |
|  |  |  | ***harmonogram pracy komórki (godziny od…..do….)*** |
| **Kod komórki organizacyjnej** | **nazwa komórki organizacyjnej** | **adres komórki organizacyjnej - miejsce udzielania świadczeń** | **poniedziałek**  | **wtorek** | **środa** | **czwartek** | **piątek** | **sobota** |
| *\*1740* | *\*poradnia uzależnień* |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\*- przykład* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 2 do oferty*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe personelu** **(należy wypełnić dla każdej lokalizacji lub poradni)** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **lp.** | **imię** |  **nazwisko** | **pesel** | **nr prawa wykonywania zawodu** | **kwalifikacje** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

*Załącznik nr 3 do oferty*

**Harmonogram pracy personelu**

**(w godzinach od ….do….)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **nazwisko** | **imię** | **pesel** | **kwalifikacje oraz dostępność godzinowa tygodniowo** | **poniedziałek (godz.)** | **wtorek (godz.)** | **środa (godz.)** | **czwartek (godz.)** | **piątek (godz.)** | **sobota (godz.)** |
| Nowak\* | Jan | 11111111111 | Lekarz – 9 godz. |  |  |  |  |  |  |
| Nowak  | Jan | 11111111111 | Psychoterapeuta – 3 godz. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\*przykład -* w przypadku zgłoszenia do oferty lekarza psychiatry posiadającego więcej niż 1 kwalifikacje (np. lekarz specjalista psychiatra oraz certyfikowany psychoterapeuta) należy rozdzielić jego tygodniowy czas pracy pomiędzy wskazane kwalifikacje. Podział ten jest konieczny ze względu na kryteria oceny ofert.

*Załącznik nr 4 do oferty*

**Informacja w zakresie przetwarzania danych osobowych**

Na podstawie art. 13 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), dalej: Rozporządzenie informujemy, iż aktualne będą poniższe informacje i zasady związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie, dalej MCPU.

* 1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie reprezentowane przez Dyrektora,  ul. Rozrywka 1, 31‑419 Kraków; telefon 12 411 41 21 w godzinach pracy MCPU, adres email: sekretariat@mcpu.krakow.pl.
	2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się skontaktować pod nr telefonu: 12 411 41 21 w godzinach pracy MCPU lub adresem email: iod@mcpu.krakow.pl.
	3. MCPU przetwarza Pana/Pani dane osobowe w następujących celach:
1. wykonania umowy, której Pani/Pan jest stroną lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia);
2. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia);
3. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia).
	1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą instytucje, którym administrator zobowiązany jest przekazywać Pani/Pana dane osobowe na mocy przepisów prawa, jak również inne podmioty zewnętrzne wspierające administratora w wypełnieniu ciążącego na nim obowiązku prawnego, w szczególności poprzez świadczenie usług informatycznych.
	2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres realizacji celu, w jakim administrator je od Pani/Pana pozyskał, tj.:
4. przez okres do czasu zakończenia realizacji umowy,
5. przez okres niezbędny do wywiązania się przez administratora z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (w szczególności archiwizacja) lub okres niezbędny do ewentualnego ustalenia i dochodzenia przez administratora roszczeń wobec Pani/Pana lub obrony przed Pani/Pana roszczeniami wobec administratora,
6. przez okres niezbędny do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.
	1. W związku z przetwarzaniem przez MCPU danych osobowych przysługuje zainteresowanym osobom:
7. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
8. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
9. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
10. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia;
11. prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia.
	1. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez MCPU danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia, przysługuje osobie zainteresowanej prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
	2. Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest:
12. wymogiem ustawowym, w przypadku, kiedy cel, w jakim Pani/Pan je podaje, skutkuje koniecznością wypełnienia przez administratora ciążącego na nim obowiązku prawnego lub koniecznością wykonania przez administratora zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. W takim przypadku jest Pani/Pan zobowiązana/zobowiązany do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji Pani/Pana interesu prawnego;
13. wymogiem umownym, w przypadku, kiedy tak stanowią zapisy umowy. W takim przypadku jest Pani/Pan zobowiązana/zobowiązany do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało w szczególności problemami z prawidłowym wykonaniem umowy lub niewykonaniem umowy;
	1. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.