**Załącznik nr 2 -** Formularz oferty

Oferta

na świadczenie **profesjonalnej, prywatnej opieki medycznej** dla uczestników projektu w ZPSB w **postaci pakietów medycznych** („*Zdrowy Pracownik Silny Biznes – program prozdrowotny dla pracowników ZPSB*” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa VI Rynek pracy, Działanie 6.8 Wdrożenie kompleksowych programów zdrowotnych oraz przedsięwzięć zapobiegających istotnym problemom zdrowotnym regionu oraz dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, ułatwiających powroty do pracy, umożliwiających wydłużenie aktywności zawodowej oraz zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne, nr projektu **RPZP.06.08.00-32-K005/22**)

**Nazwa i adres Zamawiającego**: Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie, ul. Żołnierska 53, 71-210 Szczecin

Pieczęć Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

NIP Wykonawcy:

Osoba do kontaktu:

Telefon: | E-mail:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość miesięcy** | **Cena jednostkowa za osobę** | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** |
| **(w zł)** | **(w zł)** | **%** | **(w zł)** |
| 1 | Pakiet medyczny indywidualny podstawowy | 12 |  |  |  |  |
| 2 | Pakiet medyczny indywidualny rozszerzony | 12 |  |  |  |  |
| 3 | Dodatkowy pakiet medyczny: | 12 |  |  |  |  |
| Partnerski |
| 4 | Dodatkowy pakiet medyczny: | 12 |  |  |  |  |
| Rodzinny |
| 5 | Dodatkowy pakiet medyczny: | 12 |  |  |  |  |
| Senior |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dostępność placówek własnych lub współpracujących:** | **Spełnia TAK/NIE** | **Uwagi:** |
| Świadczenie usługi opieki medycznej w placówkach własnych lub partnerskich na terenie miasta **Szczecin**. |  |  |
| Świadczenie usługi opieki medycznej w placówkach własnych lub partnerskich na terenie miasta **Szczecin** i jednego z niżej wymienionych miast: **- Gryfice, - Stargard, - Świnoujście.** |  |  |
| Świadczenie usługi opieki medycznej w placówkach własnych lub partnerskich na terenie miasta **Szczecin** i dwóch z niżej wymienionych miast: **- Gryfice, - Stargard, - Świnoujście.** |  |  |
| Świadczenie usługi opieki medycznej w placówkach własnych lub partnerskich na terenie miasta **Szczecin** i trzech z niżej wymienionych miast:  **- Gryfice,  - Stargard,  - Świnoujście.** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ilość procedur fizjoterapeutycznych w roku dla jednej osoby** | **Spełnia TAK/NIE** | **Uwagi:** |
| Brak procedur fizjoterapeutycznych w pakiecie rozszerzonym |  |  |
| 10 procedur fizjoterapeutycznych w pakiecie podstawowym |  |  |
| 15 procedur fizjoterapeutycznych w pakiecie rozszerzonym |  |  |
| 20 procedur fizjoterapeutycznych w pakiecie rozszerzonym |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specyfikacja pakietu indywidualnego podstawowego dla jednej osoby** | | |
| **Zakres pakietu:** | **Spełnia TAK/NIE** | **Wykluczenia:** |
| Lekarze specjaliści |  |  |
| Zabiegi ambulatoryjne |  |  |
| Badania laboratoryjne |  |  |
| Badania diagnostyczne |  |  |
| Profilaktyka stomatologiczna |  |  |
| Doraźna pomoc stomatologiczna |  |  |
| Infolinia 24h na dobę, 7 dni w tygodniu |  |  |
| Aplikacja mobilna |  |  |
| Strona www Wykonawcy |  |  |
| Pakiet Partnerski |  |  |
| Pakiet Rodzinny |  |  |
| Pakiet Senior |  |  |
| Max. okres oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu to 1 dzień roboczy od momentu zgłoszenia zapotrzebowania na wizytę |  |  |
| Maksymalny okres oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty to 10 dni roboczych od momentu zgłoszenia zapotrzebowania na wizytę |  |  |
| Telefoniczny dyżur lekarski lub pielęgniarski 24h na dobę |  |  |
| e-wizyta ze specjalistą np. wideorozmowa, rozmowa telefoniczna |  |  |
| Dostępność znieczuleń i kontrastów do badań |  |  |
| Dostępność e-recepty, e-skierowania, e-zwolnienia |  |  |
| Potrzebne materiały lub środki medyczne do zabiegów ambulatoryjnych np. bandaże, opatrunki, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, szwy, nici chirurgiczne |  |  |
| Honorowanie skierowań z zewnątrz na badania |  |  |
| Świadczenie usług medycznych min. 5 dni w tygodniu w dni robocze |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specyfikacja pakietu indywidualnego rozszerzonego dla jednej osoby** | | |
| **Zakres pakietu:** | **Spełnia TAK/NIE** | **Wykluczenia:** |
| Lekarze specjaliści |  |  |
| Zabiegi ambulatoryjne |  |  |
| Badania laboratoryjne |  |  |
| Badania diagnostyczne |  |  |
| Profilaktyka stomatologiczna |  |  |
| Doraźna pomoc stomatologiczna |  |  |
| Infolinia 24h na dobę, 7 dni w tygodniu |  |  |
| Aplikacja mobilna |  |  |
| Strona www Wykonawcy |  |  |
| Pakiet Partnerski |  |  |
| Pakiet Rodzinny |  |  |
| Pakiet Senior |  |  |
| Max. okres oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu to 1 dzień roboczy od momentu zgłoszenia zapotrzebowania na wizytę |  |  |
| Maksymalny okres oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty to 10 dni roboczych od momentu zgłoszenia zapotrzebowania na wizytę |  |  |
| Telefoniczny dyżur lekarski lub pielęgniarski 24h na dobę |  |  |
| e-wizyta ze specjalistą np. wideorozmowa, rozmowa telefoniczna |  |  |
| Dostępność znieczuleń i kontrastów do badań |  |  |
| Dostępność e-recepty, e-skierowania, e-zwolnienia |  |  |
| Potrzebne materiały lub środki medyczne do zabiegów ambulatoryjnych np. bandaże, opatrunki, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igly, szwy, nici chirurgiczne |  |  |
| Honorowanie skierowań z zewnątrz na badania |  |  |
| Świadczenie usług medycznych min. 5 dni w tygodniu w dni robocze |  |  |

* + - 1. Deklaruję wykonanie usługi zamówienia w terminie wskazanym w Zapytaniu ofertowym.
      2. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje odpowiednim potencjałem rzeczowym i osobowym zapewniającym należyte wykonanie usługi.
      3. Oświadczam, że mam minimum 3 letnie udokumentowane doświadczenie w świadczeniu usługi dodatkowej opieki medycznej.
      4. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
      5. Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami do Urzędu Skarbowego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej
      6. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Zapytania ofertowego oraz uzyskałem/am konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty. Składając ofertę akceptuję postanowienia i wymagania postawione Zapytaniem ofertowym.
      7. Oświadczam, że zapoznałem/am się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
      8. Oświadczam, że uważam się za związany niniejszą ofertą na czas wskazany w Zapytaniu ofertowym.
      9. Oświadczam, że jestem osobą upoważnioną do składania oferty w imieniu Oferenta.
      10. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty za najkorzystniejszą w przedmiotowym postępowaniu do zawarcia umowy na warunkach określonych Zapytaniem ofertowym, w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
      11. Oświadczam, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i prawdziwe.
      12. Oświadczam, iż w cenie oferty uwzględniono wszystkie wymagania niniejszego Zapytania ofertowego oraz wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia.
      13. Oświadczam, iż posiadam uprawnienia na mocy przepisów prawa powszechnie obowiązującego do wykonywania działalności leczniczej z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
      14. Oświadczam, że świadczę usługi opieki medycznej w placówkach własnych lub partnerskich na terenie województwa zachodniopomorskiego, w tym w mieście Szczecin.
      15. Oświadczam, że zapewnię dostęp do opieki medycznej (dla Pracowników objętych pakietami medycznymi) w placówkach własnych lub partnerskich na terenie całej Polski.
      16. Składam ofertę wraz z wymaganymi załącznikami do niniejszego zapytania ofertowego (załącznik 2, 4, 5, 6) oraz dołączam pełny wykaz zawierający wszystkie elementy danego pakietu medycznego (elementy, które mogły nie być wymienione przez Zamawiającego a znajdują się w ofercie Wykonawcy).

..............................................................  
Data i podpis osoby upoważnionej   
do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 3 – Protokół zdawczo – odbiorczy -** Wykaz wykonanych usług

Sporządzony w dniu ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pomiędzy:

**Zamawiającym:**

**Zachodniopomorską Szkołą Biznesu w Szczecinie**, ul. Żołnierska 53, 71-210 Szczecin; NIP8520019079 reprezentowanym przez ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**a**

**Wykonawcą**:

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprezentowanym przez ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stwierdzamy, że usługa została wykonana zgodnie/niezgodnie\*   
z umową nr \_\_\_\_\_\_ /20 r. z dnia ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres zamówienia** | **Zamawiający** | **Data wykonania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W przypadku niezgodności – **zastrzeżenia Zamawiającego**\*:

………………………………………………………………………….

\**odpowiednie skreślić*

***ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA***

**Załącznik nr 4**

..................................................................................  
 Dane Wykonawcy

miejscowość…………..………………, dnia ………………

**OŚWIADCZENIE**

**o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

W odpowiedzi na zapytanie dotyczące złożenia oferty na świadczenie usługi dodatkowej opieki medycznej w postaci pakietów medycznych w ramach Projektu **"Zdrowy Pracownik Silny Biznes - program prozdrowotny dla pracowników ZPSB"** (dalej: Projekt), jest współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa VI Rynek pracy, nr projektu: RPZP.06.08.00-32-K005/22., działając w imieniu własnym oświadczam, że Wykonawca …………………………………. (wpisać nazwę wykonawcy), **nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tzn. nie występują żadne powiązania kapitałowe lub osobowe w rozumieniu wzajemnych powiązań między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:**

* Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* Posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
* Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* Pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.............................................................  
Data i podpis osoby upoważnionej   
do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 5**

..................................................................................  
 Dane Wykonawcy

miejscowość…………..………………, dnia ………………

**OŚWIADCZENIE**

**Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych**

**przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, działając w imieniu własnym, że Wykonawca …………………………………. (wpisać nazwę wykonawcy) wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)

..............................................................  
Data i podpis osoby upoważnionej   
do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 6 –** Lista placówek własnych i współpracujących na terenie województwa zachodniopomorskiego

..................................................................................  
 Dane Wykonawcy

miejscowość…………..………………, dnia ………………

**Przedmiot Zapytania ofertowego**: Świadczenie profesjonalnej, prywatnej opieki medycznej dla uczestników projektu w ZPSB w postaci pakietów medycznych („**Zdrowy Pracownik Silny Biznes – program prozdrowotny dla pracowników ZPSB**” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa VI Rynek pracy, nr projektu: RPZP.06.08.00-32-K005/22).

**Nazwa i adres Zamawiającego**: Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie, ul. Żołnierska 53, 71-210 Szczecin

**Nazwa i adres Wykonawcy**:………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miejscowość** | **Placówka własna/Placówka współpracująca** | **Nazwa i adres placówki** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

..............................................................  
Data i podpis osoby upoważnionej   
do reprezentowania Wykonawcy

1. rozporządzenie 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-2)