O F E R T A

**Dane Wykonawcy/**

**Wykonawców wspólnie ubiegających się**

**o udzielenie zamówienia**

**(nazwa/firma oraz siedziba/adres):**

**Narodowy Fundusz Zdrowia**

**Śląski Oddział Wojewódzki**

**ul. Kossutha 13**

**......................................................................... 40-844 Katowice**

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

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

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

**Dane do kontaktu z Wykonawcą:**

**numer telefon:** ...........................................

**numer faksu:** ........................................... (jeżeli jest)

**adres e-mail:** ........................................... (jeżeli jest)

**strona www:** ........................................... (jeżeli jest)

W nawiązaniu do ogłoszenia o postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na usługę społeczną   
o wartości mniejszej niż 750 000 euro w przedmiocie: **usługa potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową dorosłych i dzieci**,

1. **Oferujemy** wykonanie dla Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ całego zamówienia, zgodnie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, **za ostateczną cenę:**

**.......................................................... zł brutto, obliczoną jako:**

**.................... zł brutto (cena jednostkowa brutto za skierowanie) x 57.000 skierowań.**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Dotyczy wyłącznie Wykonawcy będącego płatnikiem podatku VAT:***

Na powyższą cenę jednostkową brutto składa się cena jednostkowa netto w wysokości: …………… zł   
oraz …….% podatek VAT.

UWAGA! Patrz pkt XII pkt 6 i pkt 7 SIWZ oraz wzór informacji (art. 91 ust. 3a pzp oraz podzielona płatność)

1. **Oświadczamy, iż** zobowiązujemy się świadczyć usługę objętą zamówieniem w okresie **od dnia 01.01.2021 r. do 31.12.2021 r.** Termin wykonania pojedynczego zlecenia w ramach umowy nie może być dłuższy niż 7 dni licząc od dnia przekazania skierowań danemu lekarzowi specjaliście. Ilość skierowań przekazanych w ramach pojedynczego zlecenia danemu lekarzowi specjaliście nie przekroczy jednego tysiąca skierowań. Przekazanie skierowań, a także odbiór opracowanych skierowań od Wykonawcy odbywa się za pokwitowaniem, zgodnie z protokołem przekazania skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową. Wzór protokołu stanowi załącznik do wzoru umowy.

Co do zasady każdy z lekarzy specjalistów zobowiązany będzie do wykonywania czynności objętych usługą w siedzibie Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach przy ul. Kossutha 13 (miejsce wykonania zamówienia), co obliguje go do kontaktu z Zamawiającym przynajmniej 2 razy w tygodniu przez minimum 2 godziny, w godzinach pracy Śląskiego OW NFZ (tj. od 8.00 do 16.00), z zastrzeżeniem poniższego. Wykonawca może wykonywać czynności objęte usługą poza miejscem wskazanym w zdaniu poprzedzającym pod warunkiem, że przewożenie skierowań będzie się odbywało przy pomocy zabezpieczonych zamkiem walizek. Wykonawca zobowiązuje się zapewnić środek transportu umożliwiający bezpieczny i bezpośredni przewóz powierzonych dokumentów do miejsca docelowego, w którym materiały będą przetwarzane.

Wykonywanie czynności poza lokalizacją w Katowicach przy ul. Kossutha 13 nie zwalnia lekarza specjalisty z konieczności kontaktu z Zamawiającym przynajmniej 2 razy w tygodniu przez minimum 2 godziny, w godzinach pracy Śląskiego OW NFZ (tj. od 8.00 do 16.00). Jednocześnie lekarz specjalista bierze na siebie pełną odpowiedzialność za skierowania.

W sytuacji wykonywania czynności objętych usługą poza siedzibą Śląskiego OW NFZ wskazaną powyżej, Wykonawca zobowiązuje się do zachowania należytej staranności w zakresie zabezpieczenia skierowań przed ich utratą, kradzieżą, zniszczeniem oraz wglądem do nich przez osoby do tego nieuprawnione. Jednocześnie Wykonawca ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność.

W przypadku wykonywania przez Wykonawcę czynności objętych usługą poza siedzibą Śląskiego OW NFZ wskazaną powyżej, jedna z osób wymienionych w umowie przekaże Wykonawcy skierowania niezbędne do wykonywania tych czynności, za pokwitowaniem. Po wykonaniu zadania Wykonawca zwróci Zamawiającemu skierowania, a jedna z osób wymienionych w umowie za pokwitowaniem odbierze je od Wykonawcy. Wykonywanie czynności objętych usługą (potwierdzanie skierowań) poza siedzibą Śląskiego OW NFZ wskazaną powyżej nie może trwać dłużej niż 7 dni licząc od dnia przekazania skierowań danemu lekarzowi specjaliście.

**Uwaga!** Harmonogram pracy lekarzy specjalistów w siedzibie Śląskiego OW NFZ w Katowicach, będzie ustalany w systemie miesięcznym bezpośrednio z kierownikiem Działu Lecznictwa Uzdrowiskowego. Dopuszcza się zmiany w ustalonym harmonogramie, jednak każdorazowa zmiana terminu będzie wymagała wcześniejszego uzgodnienia z kierownikiem Działu Lecznictwa Uzdrowiskowego.

Wzór harmonogramu stanowi załącznik do wzoru umowy.

**Oświadczamy, iż** podaną ilość skierowań, tj. 57 000, zgodnie z zapisami SIWZ, traktujemy jako maksymalną ilość skierowań w okresie obowiązywania umowy.

1. **Oświadczamy, że** akceptujemy **warunki płatności** określone we wzorze umowy.

**3A.** **Oświadczamy, że** w przypadku zawarcia umowy będziemy wystawiać**\***:

* 1. **faktury VAT**
  2. **rachunki**
  3. **faktury VAT lub rachunki**

**\* należy wybrać jedną z opcji (a, b lub c)**

**3B. Oświadczamy, że:**

1. **jesteśmy płatnikiem podatku VAT\*\***
2. **nie jesteśmy płatnikiem podatku VAT\*\***

**\*\* należy wybrać jedną z opcji (a albo b)**

1. **Oświadczamy, iż zobowiązujemy się** w przypadku zawarcia umowy z Zamawiającym do wykonywania usługi będącej przedmiotem niniejszego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 07.07.2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz.U. 2011 Nr 142, poz. 835 z późn. zm.) oraz zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.
2. **Oświadczamy, że** znane nam są zasady aprobaty skierowania pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego, rehabilitacji uzdrowiskowej oraz zakres obowiązków lekarza specjalisty w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej w związku z wykonywaniem usługi potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową dorosłych i dzieci.

Zakres obowiązków lekarza specjalisty w ramach niniejszego zamówienia, zgodnie z wzorem umowy:

1) dokonywanie oceny skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową pod względem ich celowości (aprobata lub brak aprobaty) oraz wskazanie profilu i rodzaju leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, oraz proponowanego miejsca leczenia;

2) w razie potrzeby wnioskowanie do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego skierowanie o uzupełnienie lub aktualizację dokumentacji medycznej lub o przeprowadzenie dodatkowych badań niezbędnych do ustalenia rodzaju i zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej;

3) dokonywanie ponownej oceny skierowań po dostarczeniu uzupełnienia lub aktualizacji dokumentacji medycznej dokonanej przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego;

4) uzasadnianie dokonanej kwalifikacji skierowania w przypadku przeciwwskazań lub braku wskazań do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej;

5) ocenianie pod względem medycznym odwołań ubezpieczonych dotyczących potwierdzenia lub nie potwierdzenia skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową lub wyboru danego terminu/ kierunku/ miejsca leczenia;

6) opiniowanie pod względem medycznym zwrotów skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową;

7) opiniowanie pod względem medycznym skarg ubezpieczonych lub opiekunów dzieci;

8) opiniowanie pod względem medycznym zakwestionowanej przez Świadczeniobiorców dokonanej kwalifikacji leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej;

9) wydawanie innych pisemnych opinii pod względem medycznym w ramach obsługi spraw związanych z leczeniem uzdrowiskowym albo rehabilitacją uzdrowiskową.

1. **Oświadczamy, że** uważamy się za związanych niniejszą ofertą **przez okres 30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
2. **Oświadczamy, że** zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do wykonania zamówienia zgodnie z wymogami Zamawiającego określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
3. **Oświadczamy, że** załączony do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia **wzór umowy, wzór umowy o zachowaniu poufności** oraz **wzór umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych** został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. **Oświadczamy, że** przy wykonywaniu zamówienia **będziemy korzystać / nie będziemy korzystać\*** z zasobów innego podmiotu/ów w zakresie dotyczącym zdolności zawodowej.

**\* *niepotrzebne skreślić****.* ***W przypadku polegania na zdolności zawodowej innego podmiotu/ów Wykonawca udowodni, iż realizując zamówienie będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.***

1. **Oświadczamy, że** wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**\*** 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, tj. **należy wykreślić treść oświadczenia albo wpisać NIE DOTYCZY**.

1. **Oświadczenie o zobowiązaniu do zachowania poufności dla Wykonawcy /osoby reprezentującej Wykonawcę.**

My niżej podpisani/Ja niżej podpisany/a, w związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego – zamówienie nr 18/us/2020, z uwagi na udostępnianie Informacji Poufnych, zobowiązuję się/zobowiązujemy się do:

1. zachowania w tajemnicy wszystkich Informacji Poufnych uzyskanych podczas realizacji umowy, przedmiotem której będzie potwierdzanie skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową w okresie realizacji zamówienia, a także po wygaśnięciu lub rozwiązaniu umowy, niezależnie od formy w jakiej zostały mi/nam przekazane,
2. wykorzystywania Informacji Poufnych uzyskanych podczas realizacji umowy wyłącznie w celu realizacji umowy.

**»UPOWAŻNIENIE OSÓB REPREZENTUJĄCYCH WYKONAWCĘ**

1. **Oświadczamy, iż** upoważnienie osób reprezentujących Wykonawcę w niniejszym postępowaniu (w tym podpisujących ofertę, formularze, oświadczenia), a wskazanych poniżej wynika z następującego dokumentu\*:
2. KRS
3. CEIDG
4. pełnomocnictwa załączonego do niniejszego formularza oferty udzielonego przez osoby odpowiednio umocowane.

**\*należy zaznaczyć podpunkty dotyczące Wykonawcy**

Osoba/osoby upoważnione do reprezentacji Wykonawcy i podpisujące ofertę/formularze/ oświadczenia:

………….………………..………………… - ………………………………………………………….

………….………………..………………… - ………………………………………………………….

/imię i nazwisko/ /podstawa upoważnienia do reprezentowania Wykonawcy/

1. **Załącznikami do niniejszego formularza oferty są następujące wypełnione formularze/ oświadczenia/dokumenty:**
2. informacja (art. 91 ust.3a pzp oraz podzielona płatność)
3. oświadczenie, o którym mowa w art. 25a ust.1 pkt 1 pzp
4. formularz wykaz osób
5. zobowiązanie innych podmiotów/podmiotu do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia - jeżeli dotyczy
6. pełnomocnictwo osób reprezentujących Wykonawcę (oryginał lub kopia poświadczona notarialnie/odpis notarialny) – jeżeli dotyczy
7. inne ................................................................. - jeżeli dotyczy

**Imię i nazwisko upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy:**

**......................................... , ..........................................**

**Data ........................................**

**podpis ......................................... , ..........................................**