Projekt nr RPLD.09.02.02-10-C010/18 „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej

dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**Zapytanie ofertowe**

**Pielęgniarka/ Pielęgniarz**

**Pielęgniarstwo psychiatryczne**

**Informacje o ogłoszeniu**

**Tytuł zamówienia**

|  |
| --- |
| Przeprowadzenie wywiadu oraz badań wstępnych w środowisku domowym pacjenta (osoby starsze, samotne z zaburzeniami psychicznymi), celem kwalifikacji przystąpienia do projektu pn.: „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego” (nr RPLD.09.02.02-10-C010/18) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 przez pielęgniarkę/pielęgniarza posiadających prawo do wykonywania zawodu, wykształcenie wyższe lub ukończone szkolenia/kursy związane z wykonywaniem zawodu. Ponadto w celu wykonywania pracy w zawodzie pielęgniarki, musi posiadać ukończony specjalistyczny kurs pielęgniarstwa psychiatrycznego.  |

**Termin składania ofert**

|  |
| --- |
| Oferty należy składać do dnia 07.03.2019 |

**Nazwa Beneficjenta**

|  |
| --- |
| Comarch Healthcare Spółka Akcyjna |

**Miejsce i sposób składania ofert**

|  |
| --- |
| Oferta powinna być dostarczona elektronicznie na adres e-mail: a.kotynia@csk.umed.pl w pliku zabezpieczonym przed edycją (scan podpisanej oferty). Z podaniem tytułu oferty w temacie: Realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego. |

**Adres e-mail, na który należy wysłać ofertę**

|  |
| --- |
| a.kotynia@csk.umed.pl |

**Osoba do kontaktu w sprawie ogłoszenia**

|  |
| --- |
| Agnieszka Kotynia  |

**Skrócony opis przedmiotu zamówienia (\*wymagane)**

|  |
| --- |
| Przedmiotem niniejszego zapytania jest udział w rekrutacji i selekcji pacjentów do uczestnictwa w projekcie. Ze względu na charakter grupy docelowej objętej wsparciem w projekcie, tj. osoby starsze, samotne z zaburzenia psychicznymi istnieje konieczność realizacji badań wstępnych w środowisku domowych pacjenta, co dodatkowo wspiera proces deinstytualizacji świadczenia usług medycznych i jest zgodne z założeniami Regulaminu Konkursu. Przed przyjęciem pacjenta do projektu, zespół medyczny (złożony z lekarza i pielęgniarki) musi wykonać konkretne, specjalistyczne badania i wywiady, aby upewnić się, iż pacjent spełnia daną liczbę pkt. w skali Barthel oraz jest osobą niesamodzielną. Za przeprowadzenie badań wstępnych i określenie stanu zdrowia pacjentów będzie odpowiadał specjalistyczny zespół składający się z lekarza oraz pielęgniarki. Celem zamówienia jest przeprowadzenie łącznie 100 wizyt przez 2 zespoły w terminie -marzec 2019 r; tj. 1 zespół ok. 50 wizyt. Czas potrzebny na zbadanie pacjenta oszacowano na poziomie 1-3h.Wykonawca otrzyma należność obejmującą rzeczywistą liczbę zrealizowanych wizyt. Wykonawca nie będzie miał żadnych roszczeń wobec Zamawiającego w przypadku nie wyczerpania całości przedmiotu zamówienia.Przy czym przedmiotem niniejszej oferty jest pozyskanie 2 pielęgniarek/pielęgniarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, wykształcenie wyższe lub ukończone szkolenia/kursy związane z wykonywaniem zawodu. Ponadto w celu wykonywania pracy w zawodzie pielęgniarki musi posiadać ukończony specjalistyczny kurs pielęgniarstwa psychiatrycznego.Osoby spełniające kryteria zatrudnione będą na podstawie umowy zlecenia. ZADANIA:– przeprowadzenie wywiadu oraz badań wstępnych w warunkach domowych pacjenta: badanie pielęgniarskie polegające na ocenie klinicznej, ocena parametrów antropometrycznych, pomiar ciśnienia, badanie z użyciem skali Barthel; – rekrutacja i selekcja pacjentów do udziału w projekcie;– złożenie Zamawiającemu dokumentacji dotyczącej realizacji zadania: formularzy zgłoszeniowych pacjentów, kwestionariuszy oceny pacjentów, oświadczeń o niekorzystaniu z tego samego wsparcia w innych projektach oraz dotyczących przetwarzania danych osobowych, ankiet;WYMAGANIA:- Wykształcenie: pielęgniarz/pielęgniarka posiadający posiadających prawo wykonywania zawodu oraz ukończony specjalistyczny kurs pielęgniarstwa psychiatrycznego, - Doświadczenie – doświadczenie zawodowe w pracy pielęgniarki/pielęgniarzaOPIS GRUPY DOCELOWEJ PROJEKTU – osoby przewlekle chore, samotne, starsze i niesamodzielne (skala Barthel<60pkt.), – w wieku 65+ zamieszkujące w środowisku domowym, – z zaburzeniami psychicznymi: zespoły otępienne, zaburzenia afektywne, zaburzenia psychotyczne,– osoby objęte opieką w zakresie zespołu leczenia środowiskowego (NFZ)– osoby zamieszkujące w rozumieniu przepisów KC na obszarze Łódzkiego Obszaru MetropolitarnegoZamówienie stanowiące przedmiot niniejszego zapytania jest współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020. |

**Kategoria ogłoszenia**

|  |
| --- |
| **□** Dostawy**X** Usługi**□** Roboty budowlane |

**Podkategoria ogłoszenia**

|  |
| --- |
| Usługi |

**Miejsce realizacji zamówienia**

|  |
| --- |
| Województwo: łódzkiePowiat: Łódź, brzeziński, łódzki wschodni, pabianicki, zgierski |

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Cel zamówienia (\*wymagane)**

|  |
| --- |
| Celem głównym projektu jest poprawa funkcjonowania i bezpieczeństwa osób niesamodzielnych w naturalnym środowisku domowym, zamieszkałych na terenie Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego poprzez świadczenie opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie zespołów leczenia środowiskowego. Grupę docelową projektu stanowić będzie 100 pacjentów zamieszkujących w obszarze ŁOM.Celem niniejszego zamówienia jest wybór Oferenta/Oferentów do przeprowadzenia łącznie 100 wizyt w celach rekrutacji i selekcji pacjentów do uczestnictwa w projekcie. |

**Przedmiot zamówienia (\*wymagane)**

|  |
| --- |
| Przedmiotem zamówienia jest rekrutacja uczestników projektu, pielęgniarkę/pielęgniarza zgodnie z zasadą otwartości, przejrzystości, niedyskryminacji oraz dobrowolności. Selekcja uczestników projektu odbywać się ma w odniesieniu do skali Ich potrzeb i niesamodzielności.  |

**Kod CPV**

|  |
| --- |
| 85141000-9 Usługi świadczone przez personel medyczny |

**Harmonogram realizacji zamówienia (\*wymagane)**

|  |
| --- |
| Rozpoczęcie świadczenia usługi w ciągu 2 tygodni od dnia podpisania umowy. Termin realizacji przedmiotu zmówienia: marzec 2019 r.  |

**Dodatkowe warunki**

|  |
| --- |
| - O udzielenie zamówienia może ubiegać się Wykonawca spełniający następujące warunki: 1) posiada wykształcenie i kwalifikacje niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia,2) posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności (w tym prawo do wykonywania zawodu), jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych, nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwa umyślne,4) łączne zaangażowanie zawodowe Wykonawcy nie przekracza 276 godzin miesięcznie (dotyczy wszystkich form zaangażowania zawodowego, w przypadku stosunku pracy – uwzględnia się liczbę dni roboczych w danym miesiącu wynikających ze stosunku pracy, w przypadku stosunku cywilnoprawnego, samozatrudnienia oraz innych form zaangażowania –uwzględnia się czas faktycznie przepracowany, w tym czasie),5) nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym;Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania 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;
* 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.

- Jeden Oferent może złożyć wyłącznie 1 ofertę- Wszystkie załączniki oferty dla swojej ważności winny być podpisane- Wartość powinna być podana w kwocie brutto - Waluta oferty: PLN - Język oferty: polski - Oferta powinna zawierać (dane oferenta - nazwę, adres, NIP) - Ważność oferty – 30 dni - Wszelkie koszty i ryzyko związane z opracowaniem, przygotowaniem i złożeniem ofert oraz udziałem w postępowaniu ponosi oferent. - Złożenie oferty jest równoznaczne z przyjęciem przez oferenta bez zastrzeżeń wszystkich warunków postępowania. - Oferentom nie przysługuje roszczenie o zwrot kosztów sporządzenia oferty i uczestnictwa w postępowaniu. - Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania postępowania w całości lub w części oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.- Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od zawarcia umowy oraz do niezłożenia zamówienia pomimo pisemnego zawiadomienia oferenta o wyborze jego oferty w przypadku zmiany założeń związanych z realizacją projektu. Odstąpienie przez Zamawiającego od zawarcia umowy nie może być podstawą roszczeń o zwrot kosztów sporządzenia oferty i uczestnictwa w postępowaniu. - Oferty złożone w niniejszym postępowaniu zawierające klauzulę o zachowaniu poufności (tajemnica przedsiębiorstwa) nie zostaną przedstawione do publicznej wiadomości.- Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.- W toku dokonywania oceny złożonych ofert Zamawiający może żądać udzielenia przez Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert. Jeżeli oferta nie zawiera wszystkich wymaganych elementów, Zamawiający może w uzasadnionych przypadkach wezwać wykonawcę do jej uzupełnienia. Zamawiający może w uzasadnionych przypadkach poprawić oczywiste omyłki w treści oferty, w tym omyłki pisarskie, błędy w wyliczeniu ceny (omyłki rachunkowe) z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek oraz inne omyłki polegające na niezgodności oferty z Zapytaniem, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty, niezwłocznie zawiadamiając o tym wykonawcę, którego oferta zostaje poprawiona, umożliwiając wykonawcy wniesienie w terminie 3 dni sprzeciwu względem dokonanej poprawy. W razie wniesienia w terminie sprzeciwu oferta wykonawcy zostaje odrzucona. Możliwość dokonywania uzupełnień nie obejmuje treści oferty.- Uwzględnione zostaną wyłącznie oferty dostarczone w terminie, odpowiadające przedmiotowi zamówienia oraz warunkom i wymogom podanym w niniejszym Zapytaniu. Zamawiający nie będzie rozpatrywał ofert niezgodnych z opisem przedmiotu zamówienia - Ocena spełnienia wymagań zostanie przeprowadzona na podstawie złożonych przez Oferenta dokumentów przy zastosowaniu formuły spełnia/nie spełnia. Oferty niespełniające wymagań zostaną odrzucone.- Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w szczególności, jeżeli cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższają kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na realizację zamówienia.- Zamawiający zastrzega dla siebie prawo do przeprowadzenia negocjacji ceny w przypadku gdy cena najkorzystniejszej oferty przekracza budżet projektu, którym dysponuje Zamawiający.- Podana cena musi obejmować cenę brutto oraz wszystkie koszty związane z realizacją usługi z uwzględnieniem wszystkich opłat i podatków. Wykonawca będący osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, w cenie oferty musi uwzględnić koszt ubezpieczenia ZUS i podatku dochodowego.- Należność za wykonane wizyty zostanie uregulowana zgodnie z rzeczywistą liczbą zrealizowanych wizyt.- Oferty złożone po terminie nie będą brane po uwagę. - Oferty niezgodne z przedmiotem zamówienia będą odrzucone. |

**Lista dokumentów/oświadczeń wymaganych od Wykonawcy**

|  |
| --- |
| - Załącznik 1 do zapytania ofertowego - Formularz ofertowy- Załącznik 2 do zapytania ofertowego Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych- Załącznik 3 do zapytania ofertowego - Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych oraz o niekaralności za przestępstwa umyślne- Załącznik 4 do zapytania ofertowego - Oświadczenie – zgoda na przetwarzanie danych osobowych. |

**Ocena oferty**

**Kryteria oceny i opis sposobu przyznawania punktacji (\*wymagane)**

|  |
| --- |
| Cena – 70% Doświadczenie zawodowe – 30%**Cena brutto oferty:** KC=( CN/COB)\*70 (max. liczba punktów kryterium „cena brutto oferty”) Gdzie: KC – liczba punktów przyznanych Wykonawcy za kryterium „cena brutto oferty” CN – najniższa zaoferowana cena brutto, spośród wszystkich ofert nie podlegających odrzuceniu COB – cena brutto zaoferowana w ofercie badanej Maksymalna łączna liczba punktów jaką może uzyskać Wykonawca za kryterium „Cena brutto oferty” wynosi – 70 pkt (70%). (Cena brutto oferty za realizację przedmiotu zamówienia powinna zawierać koszt dojazdu do Uczestnika projektu, a także wszystkie koszty, jakie będzie musiał ponieść Zamawiający z uwzględnieniem m.in. podatku od towaru i usług (VAT), czy składek na ubezpieczenia społeczne.)**Doświadczenie zawodowe:**Za kryterium „doświadczenie zawodowe” będzie przyznawana odpowiednio następująca ilość punktów:- doświadczenie w zakresie pracy jako pielęgniarka/pielęgniarz:(2-5 lat –3 punkty, powyżej 5 do 10 lat – 7 punktów, powyżej 10 lat – 10 punktów);- doświadczenie w teleopiece: 10 punktów;- szkolenia/kursy z teleopieki: 10 punktów;Maksymalna łączna liczba punktów jaką może uzyskać Wykonawca za kryterium „Doświadczenie zawodowe” wynosi – 30 pkt (30%).**Wybór oferty** Oferent, który uzyska łącznie najwięcej punktów zostanie wybrany w postępowaniu. Oferty niezgodne z Zapytaniem w którymkolwiek obszarze zostaną odrzucone. |

**Wykluczenia**

|  |
| --- |
| Z udziału w postępowaniu wykluczone są podmioty powiązane z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.  |

**Zamawiający – Partner projektu**

**Nazwa**

|  |
| --- |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi |

**Ulica**

|  |
| --- |
| Pomorska 251 |

**Kod pocztowy**

|  |
| --- |
| 92-213 |

**Miejscowość**

|  |
| --- |
| Łódź |

**Powiat**

|  |
| --- |
| M. Łódź |

**Województwo**

|  |
| --- |
| łódzkie |

**Numer telefonu**

|  |
| --- |
| 42 675 7500 |

**FAX**

|  |
| --- |
| 42 678 9368 |

**NIP**

|  |
| --- |
| 728-22-46-128 |

 **Tytuł i numer projektu**

|  |
| --- |
| „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego”, nr RPLD.09.02.02-10-C010/18 |

Projekt nr RPLD.09.02.02-10-C010/18 „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej

dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**Załącznik 1 do zapytania ofertowego**

..…………………………………..

miejscowość, data

###### **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

###### **Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

###### **92-213 Łódź, ul. Pomorska 251**

###### FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy….. ……………………………………………………..……………….……..

Adres Wykonawcy ……..…………………………………….………………………………………

NIP ………………………………… Nr telefonu ……………………..……………………………..

Adres e-mail …………………………………………………………………………………………..

**Odpowiadając na zapytanie ofertowe Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, dotyczące przeprowadzenia wywiadu oraz badań wstępnych w warunkach domowych pacjentów, celem ich kwalifikacji przystąpienia do projektu pn.: „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego” (nr RPLD.09.02.02-10-C010/18) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, składam niniejszą ofertę
na podstawie zapisów zapytania ofertowego.**

**1.** Zamówienie zrealizuję za niżej wymienioną cenę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa za wizytę w zł (brutto)** |
| Świadczenie usług w charakterze pielęgniarki/pielęgniarza w terminie luty/ marzec 2019 r. w ramach wizyty domowej trwającej 1-3 godz. (zatrudnienie na podstawie umowy zlecenia) | wizyta | Kwota brutto:……………………………..Słownie: ……………………………..…………………………….. |

**2.** Wykształcenie Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wykształcenia (uzyskany stopień, tytuł naukowy/ uzyskane uprawnienia/ posiadane kursy/ szkolenia/ posiadane certyfikaty/ ukończone specjalizacje/ itd.)** | **Data ukończenia specjalistycznego kursu pielęgniarstwa psychiatrycznego** |
|  |  |

Równocześnie oświadczam, że na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie kopię dokumentów potwierdzających wykształcenie.

**3.** Doświadczenie zawodowe Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Doświadczenie zawodowe w pracy pielęgniarki/pielęgniarza (miejsce wykonywanej pracy)** | **Termin****(od - do)** | **Zakres/ rodzaj oferowanych usług** |
|  |  |  |
| **ŁĄCZNIE:** | ……………………………………………………..[proszę podać ilość lat doświadczenia zawodowego] |
| **Doświadczenie zawodowe w teleopiece:** | ……………………………………………………..[proszę opisać i podać ilość lat doświadczenia (jeżeli dotyczy)] |
| **Szkolenia/kursy z teleopieki:** | ……………………………………………………..[proszę podać tytuły oraz nazwę instytucji szkolącej (jeżeli dotyczy)] |
|  |

Równocześnie oświadczam, że na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość niniejszego oświadczenia.

Będąc świadomym odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 ust .1 Kodeksu Karnego, oświadczam, iż dane powyższe są zgodne z prawdą i stanem faktycznym możliwym
do ustalenia na podstawie posiadanej przez Wykonawcę dokumentacji.

1. Informuję, że cena ofertowa zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotowego zamówienia i uwzględnia informacje zawarte w zapytaniu ofertowym.
2. Wynagrodzenie należy przekazywać na wskazane poniżej konto bankowe:

Nr ……………………………………………………………………………………...

w terminie 30 dni od daty złożenia rachunku.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Zapytania Ofertowego i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałam/em wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu oraz nie podlegam wykluczeniu z postępowania;
3. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej umożliwiającej wykonanie zamówienia.
4. Wyrażam zgodę na wgląd w dokumentację dotyczącą przedmiotu zamówienia przez Zamawiającego i przez wszystkie organy kontrolujące projekt.
5. Oświadczam, że pozostanę związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty jej złożenia.

**……………………..…**

**miejscowość, data**

**…………………….………………………..**

**Czytelny podpis osoby upoważnionej**

**do reprezentacji Wykonawcy**

Projekt nr RPLD.09.02.02-10-C010/18 „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej

dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**Załącznik 2 do zapytania ofertowego**

###### **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

###### **Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

###### **92-213 Łódź, ul. Pomorska 251**

**OŚWIADCZENIE** **O BRAKU POWIĄZAŃ**

Oświadczam, że nie mam powiązań kapitałowych lub osobowych rozumianych jako wzajemne

powiązania między Zamawiającym, a 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, polegającymi w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii

prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia
lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

**……………………..…**

**miejscowość, data**

**…………………….………………………..**

**Czytelny podpis osoby upoważnionej**

**do reprezentacji Wykonawcy**

Projekt nr RPLD.09.02.02-10-C010/18 „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej

dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**Załącznik 3 do zapytania ofertowego**

###### **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

###### **Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

###### **92-213 Łódź, ul. Pomorska 251**

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, korzystam
z pełni praw publicznych oraz nie byłem/łam karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwo skarbowe.

**……………………..…**

**miejscowość, data**

**…………………….………………………..**

**Czytelny podpis osoby upoważnionej**

**do reprezentacji Wykonawcy**

Projekt nr RPLD.09.02.02-10-C010/18 „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej

dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**Załącznik 4 do zapytania ofertowego**

###### **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

###### **Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

###### **92-213 Łódź, ul. Pomorska 251**

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych
w przedstawionych przeze mnie dokumentach w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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) w związku z realizacją projektu pn.: „SOS dla ŁOM - realizacja nowoczesnej teleopieki medycznej dla mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitarnego” (RPLD.09.02.02-10-C010/18) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 w okresie do 31.03.2019 r.

**……………………..…**

**miejscowość, data**

**…………………….………………………..**

**Czytelny podpis osoby upoważnionej**

**do reprezentacji Wykonawcy**