**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.**

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

NR KRS – 00002500058

NR NIP – 6342637519

NR REGON – 240289569

W związku z przystąpieniem do realizacji projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”, dla którego zamawiający otrzymał dofinansowanie w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 – zapraszamy wszystkie podmioty spełniające określone poniżej warunki do składania ofert na realizację przedmiotu niniejszego zapytania ofertowego.

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR 11\_AU\_2020**

**Przedmiot zamówienia:**

# Świadczenie badań rezonansu magnetycznego głowy na potrzeby realizacji projektu

„Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”

**Kody CPV:**

85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne

Katowice, 16 lipiec 2020

1. **Postanowienia ogólne.**

Postępowanie na świadczenie badań rezonansu magnetycznego głowy (MR głowy) na potrzeby realizacji projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” prowadzone będzie w trybie rozeznania rynku określonej w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 oraz w oparciu o „Regulamin postępowania o udzielenie zamówienia” obowiązujący w MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

Podstawowym dokumentem regulującym i rozstrzygającym o wszelkich sprawach związanych
z postępowaniem o udzielenie zamówienia jest treść niniejszych „Warunków”.

W dokumencie tym zawarte są w szczególności:

* warunki[[1]](#footnote-1) przedmiotowe i podmiotowe wymagane od wykonawców,
* kryteria[[2]](#footnote-2) oceny i wyboru ofert,

Zamówienie w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” będzie współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014–2020, oś priorytetowa IX. Włączenie społeczne, działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, poddziałanie 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – konkurs.

1. **Przedmiot zamówienia.**
	1. **Kody i nazwy według Wspólnego Słownika Zamówień CPV:**

85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne

* 1. **Opis przedmiotu zamówienia.**

Przedmiotem zamówienia są: badania rezonansu magnetycznego głowy na potrzeby realizacji projektu na rzecz uczestników projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”

* 1. **Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.**

Celem zamówienia jest pozyskanie wykonawcy badań rezonansu magnetycznego głowy (MR głowy), niedostępnych dla uczestników z NFZ bądź wymagających długiego oczekiwania,
a niezbędnych do ustalenia właściwej ścieżki postępowania medycznego dla uczestników projektu. Badania będą zlecane przez koordynatora usług medycznych oraz poszczególnych specjalistów (jeśli zajdzie taka potrzeba), do których będą kierowani uczestnicy. Zakłada się objęcie usługą około 20 osób w wieku od 1,5 do 16 lat ze spektrum autyzmu z województwa śląskiego. Przez cały okres trwania projektu będzie prowadzona weryfikacja stanu zdrowia uczestników, tym samym przez cały ten okres konieczne będzie świadczenie usługi będących przedmiotem zamówienia.

* 1. **Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia.**
1. Zamówienie będzie realizowane po ustaleniu potrzeb uczestników projektu przez lekarza dokonującego diagnozy oraz monitoringu osób ze spektrum autyzmu będących uczestnikami projektu.
2. Realizacja całego zamówienia w okresie: lipca 2020 – grudnia 2020.
	1. **Przedmiot zamówienia.**

Świadczenie badania MR głowy dostosowanego do indywidualnych potrzeb uczestników projektu.

Szacowana liczba badań: 20 osób ze spektrum autyzmu w wieku od 1,5 do 16 lat (zakres i liczba badań może ulec zmianie w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników):

* badanie MR głowy w znieczuleniu bez podania kontrastu
* badanie MR głowy bez znieczulenia bez podania kontrastu
* badanie MR głowy w znieczuleniu z podaniem kontrastu
* badanie MR głowy bez znieczulenia z podaniem kontrastu

Wymagania dotyczące Usługodawcy:

* Dysponowanie aparatem MR o natężeniu pola magnetycznego minimum 1,5T, posiadającym aktualne dopuszczenia i certyfikaty, na którym będą realizowane przedmiotowe badania
* Dysponowanie specjalistą radiologiem z minimum rocznym doświadczeniem
w zakresie wykonywania opisów badań rezonansu magnetycznego, który będzie realizował
i opisywał przedmiotowe badania.
* Usługa obejmie wykonanie badania MR głowy i wykonanie jego opisu na podstawie przekazanego zlecenia. Szacuje się, że najczęściej wykonywanymi badania będą badania z kontrastem głowy, stąd stanowią podstawę oceny oferty. Zamawiający dopuszcza realizację innych badań MR głowy w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników.

Wykonawca w okresie świadczenia usługi będzie zobowiązany do prowadzenia dokumentacji, w szczególności dokumentacji potwierdzającej wykonanie usługi i jej zakresu oraz raportów dotyczących zrealizowanych usług. Wzory dokumentów zostaną przekazane Wykonawcy przez Zamawiającego.

* 1. **Miejsce realizacji zamówienia.**

Województwo śląskie

* 1. **Harmonogram realizacji zamówienia**

Świadczenie usług będzie realizowane w okresie od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2020 r.

1. **Uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają poniższe warunki:
1. Akceptują treść zapytania bez zastrzeżeń – złożenie oferty jest uważane za akceptację treści zapytania.

2. Posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.

3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania zamówienia oraz dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do terminowego wykonania zamówienia.

4. O udzielenie zamówienia może ubiegać się podmiot niepowiązany kapitałowo i osobowo
z 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, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika
z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ w wytycznych programowych,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowacenia drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu konkurencyjnym jeśli:
1. Złoży kserokopie certyfikatów i świadectw dla aparatu rezonansu magnetycznego potwierdzających aktualne dopuszczenie do świadczenia usług

2. Złoży kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje do realizacji usług zgodnie
z zapytaniem ofertowym-specjalizacja radiologia

3. Złoży kserokopię posiadanego certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością - jeśli dotyczy

4. Złoży zestawienie ofertowanych badań rezonansem magnetycznym wraz z cenami.

1. **Wiedza i doświadczenie**

Do postępowania zostaną dopuszczeni oferenci, którzy posiadają wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania zamówienia, potwierdzone kserokopiami odpowiednich dokumentów.

1. **Potencjał techniczny**

Oferent musi dysponować aparatem o natężeniu pola magnetycznego minimum 1,5T.
Wykonawca musi dysponować infrastrukturą teleinformatyczną umożliwiającą komunikację elektroniczną on-line.

1. **Osoby zdolne do wykonywania zamówienia**

Wykonawcy, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu określone w niniejszym zapytaniu.

1. **Dodatkowe warunki**

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

W przypadku niewykonania usług w wyznaczonym terminie lub niewłaściwie wykonywania usług Zleceniodawca może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość zmiany szacowanej liczby badań i zakresu w zależności od potrzeb uczestników i projektu.

Wykonawca zapewnia realizację usług przez cały okres realizacji umowy na podstawie cenowych zaoferowanych w odpowiedzi na zapytanie ofertowe.

1. **Warunki zmiany umowy**

Wszelkie zmiany i uzupełnienia umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Lista dokumentów/oświadczeń wymaganych od Wykonawców:

Ofertę należy złożyć na Formularzu ofertowym, którego wzór stanowi Załącznik do niniejszego Zapytania ofertowego.

Oferta powinna zawierać:

a) wypełniony Formularz ofertowy — Załącznik nr 1 w zakresie odpowiadającym możliwościom realizacji usług;

b) oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań z Zamawiającym — Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego;

c) oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w zapytaniu – Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego;

d) Zestawienie usług w zakresie badań rezonansem magnetycznym oferowanych przez Wykonawcę.

e) aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert

f) poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie certyfikatów i świadectw dopuszczających aparat rezonansu do badań

g) poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie posiadanego certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością w zakresie badań laboratoryjnych – jeśli dotyczy

h) poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje do realizacji usług zgodnie z zapytaniem ofertowym.

Pozostałe warunki:

1. Treść oferty musi odpowiadać treści Zapytania ofertowego.
2. Oferta musi zostać wypełniona w sposób czytelny w języku polskim.
3. Wszystkie wymagane załączniki muszą zostać podpisane przez Wykonawcę.
4. Kserokopie dokumentów składanych wraz z ofertą powinny zostać opatrzone na każdej stronie klauzulą „za zgodność z oryginałem” datą i podpisem Wykonawcy (zgodnie z reprezentacją wskazaną w odpisie z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej), a w przypadku podpisu przez pełnomocnika do oferty należy dołączyć oryginał lub poświadczoną kopię stosownego pełnomocnictwa wystawionego przez osoby do tego upoważnione.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do poprawiania treści przesłanej oferty oczywistych omyłek pisarskich i rachunkowych, niezwłocznie zawiadamiając o tym Wykonawcę
6. **Ocena oferty**

**9.1. Kryteria oceny i opis sposobu przyznawania punktacji**

Przy ocenie i porównaniu ofert zastosowane będą następujące kryteria:

1. Kwota za wykonanie wskazanych badań - do 60 punktów
2. Termin realizacji badania na podstawie skierowania/zlecenia przekazanego przez Zamawiającego -do 15 pkt
3. Termin opisu badania -do 15 pkt
4. Posiadanie wdrożonego sytemu zarządzania jakością -10 punktów

Punkty przyznane ofertom obliczane będą według:
W kryterium 1:
K = (Kn/Ko) x 60, gdzie:
Kn - kwota najniższej oferty;
Ko - kwota oferty rozpatrywanej.
W kryterium 2:
Punkty będą przyznawane za zadeklarowany w formularzu ofertowym termin realizacji badania (TR) od momentu przekazania zlecenia/skierowania, wg. wzoru:
TR=(TRn/TRo)x15
TRn -najkrótszy zadeklarowany termin realizacji badania
TRo- termin realizacji badania badanej oferty
W kryterium 3:
Punkty będą przyznawane za zadeklarowany w formularzu ofertowym termin opisu badania-oczekiwania na wynik (TW), wg. wzoru:
TW=(TWn/TWo)x15
TWn -najkrótszy zadeklarowany termin opisu badania
TWo- termin opisu badania badanej oferty
W kryterium 4:
Punkty będą przyznawane na podstawie dołączonej do oferty kserokopii aktualnego certyfikatu, potwierdzającego wdrożenie u Wykonawcy systemu zarządzania jakością.
Posiada wdrożony system zarządzania jakością -10 pkt
Nie podsiada wdrożonego sytemu zarządzania jakością – 0 pkt.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która otrzyma najwyższą łączną liczbę punktów, stanowiąca sumę punktów za oferowaną cenę przykładowego pakietu i posiadanej sieci punktów poboru i wdrożonego systemu zarządzania jakością.

**9.2. Wykluczenia**

Wykonawca nie może być powiązany ani osobowo, ani kapitałowo z Zamawiającym w rozumieniu zasady konkurencyjności, o której mowa w podsekcji 6.5.2 Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 - 2020, tj.: Oferent nie jest powiązany/a kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, ani z osobą upoważnioną do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, polegające w szczególności na:
a. uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
b. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
c. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
d. 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.

1. **Miejsce oraz termin składania ofert.**
2. Ofertę należy złożyć w terminie do 20.07.2020 r. do godziny 15.00 drogą pocztową, przesyłką kurierską lub osobiście w zamkniętej kopercie na adres Zamawiającego:

MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

1. Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR 11\_AU\_2020** MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

Oferta na świadczenie badań MR głowy na potrzeby realizacji projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”

Nazwa / nazwisko oraz adres Wykonawcy składającego ofertę.

W przypadku nieprawidłowego zaadresowania lub opisania opakowania oferty, Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za niewłaściwe skierowanie oferty lub jej przedterminowe otwarcie.

1. Należy dostarczyć ofertę do Zamawiającego w godzinach pracy Zamawiającego (liczy się data i godzina wpływu do siedziby Zamawiającego). Oferty, które wpłyną do Zamawiającego po wyżej określonym terminie, nie będą rozpatrywane.

**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego nr 11-AU-2020

na świadczenie badań rezonansem magnetycznym na potrzeby realizacji projektu

z dn. 16.07.2020 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: świadczenie badań rezonansem magnetycznym na potrzeby realizacji projektu w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” składam następującą ofertę na realizację usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym.

1. Oferuję świadczenie badań rezonansem magnetycznym dla uczestników projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” w łącznie liczbie około 20 badań w następujących cenach:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa za badanie brutto** |
| Badanie głowy w znieczuleniu bez podania kontrastu |  |
| Badanie głowy bez znieczulenia bez podania kontrastu |  |
| Badanie głowy w znieczuleniu z podaniem kontrastu |  |
| Badanie głowy bez znieczulenia z podaniem kontrastu |  |

1. Oświadczam, że deklarowany termin realizacji badania od momentu otrzymania zlecenia/skierowania wynosi: ………………… dni roboczych.
2. Oświadczam, że deklarowany termin opisu badania wynosi ……… dni roboczych.
3. Oświadczam, iż posiadamy wdrożony system zarządzania jakością/normę jakościową TAK/NIE\*

Jeśli TAK, to jaki? …………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem informacje konieczne do przygotowania oferty oraz że oferta spełnia wszystkie wymagania określone w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczam, iż radiolog zaangażowany do realizacji usług dysponuje ……. letnim doświadczeniem w zakresie wykonywania opisów badań rezonansem magnetycznym, w szczególności wykazuję poniżej nabyte doświadczenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa instytucji/nr umowy z NFZ itp. na podstawie której opisywano badania** | **Termin realizacji** | **Imię, nazwisko i telefon osoby mogącej potwierdzić doświadczenie** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

1. Celem umożliwienia wymiany informacji udostępniam następujące dane:
	1. osoba do kontaktu …………………………………………………………………………….
	2. numer telefonu ………………………………………………………………………………...
	3. adres e-mail: ……………………………………………………………………………………
2. Oświadczam, że załączam następujące dokumenty, wymagane przez Zamawiającego:
3. [Oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań](https://bazakonkurencyjnosci.funduszeeuropejskie.gov.pl/file/download/195933) z Zamawiającym
4. [Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu](https://bazakonkurencyjnosci.funduszeeuropejskie.gov.pl/file/download/195932)
5. Poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie aktualnych świadectw i certyfikatów aparatu rentgenowskiego
6. Poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje do realizacji usług zgodnie z zapytaniem ofertowym
7. Zestawienie usług w zakresie badania rezonansem magnetycznym oferowanych przez Wykonawcę wraz z cenami
8. KRS
9. ……………………………………………………………………………..
10. ……………………………………………………………………………..
11. Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty, które nie były wymagane przez Zamawiającego, a są istotne dla przebiegu postępowania;
12. …………………………………………………………………………….
13. …………………………………………………………………………….

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy

\* Niewłaściwe skreślić

**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego nr 11-AU-2020

na świadczenie badań rezonansem magnetycznym na potrzeby realizacji projektu

z dn. 16.07.2020 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**OŚWIADCZENIE**

**o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usług logopedycznych
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązany(i) z Zamawiającym kapitałowo lub osobowo.

Przez powiązania 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 przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające
w szczególności na:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
	2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
	3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
	4. 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.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

 podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego nr 11-AU-2020

na świadczenie badań rezonansem magnetycznym na potrzeby realizacji projektu

z dn. 16.07.2020 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oświadczam, że spełniam niżej wymienione warunki udziału w zapytaniu ofertowym, a mianowicie:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania zamówienia oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do terminowego wykonania zamówienia.
3. Nie podlegam wykluczeniu w rozumieniu zasady konkurencyjności, o której mowa w podsekcji 6.5.2 Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 − 2020.

………………………………….

 Czytelny podpis

(pieczątka-jeśli dotyczy)

**Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego nr 11-AU-2020

na świadczenie badań rezonansem magnetycznym na potrzeby realizacji projektu

z dn. 16.07.2020 r.

………………………………………………..

**Klauzula Informacyjna:**

Zgodnie z art. 13 ust.2 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych w związku z realizacją umowy
o dofinansowanie Projektu w ramach Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usług społeczne i zdrowotne, Poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Umowa nr: UDA-RPSL.09.02.06-24-06A7/17-) dofinansowanie Projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” jest MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. ul. Czerwińskiego 8-10; 40-123Katowice

Z administratorem danych osobowych można się skontaktować poprzez adres mailowy: projekt.multiklinika@gmail.com , telefonicznie pod nr 32 258-30-61lub pisemnie na adres siedziby.

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny System teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju
z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest (dane kontaktowe): Nie dotyczy

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu oraz zakresie niezbędnym do jego realizacji. Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu; i osób z ich otoczenia” realizowanego przez MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach, w związku z prowadzonym postępowaniem, realizacją umowy, celami archiwalnymi oraz statystycznymi na podstawie:

• Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego , Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i europejskiego Funduszu Morskiego i rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady WE nr 1083/2006;

• Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.

w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady WE nr 1081/2006;

• Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;

• Rozporządzenia Wykonawczego Komisji UE nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE n 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazania Komisji określonych informacji między beneficjentem a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu, i sprawozdawczości oaz działań informacyjno – promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu;
i osób z ich otoczenia MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach w celu prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących:

* Rozpatrzenia złożonej oferty do zapytania,
* Stworzenia protokołu z rozeznania,
* Realizacji umowy
* Archiwizacji posiadanych dokumentów oraz danych.

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą (kategorie odbiorców):

W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.

Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

Województwo Śląskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Śląskiego pełniący rolę „Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020”, innym organom kontrolnym, w których kompetencjach mieści się nadzór i kontrola prawidłowości realizacji zadań wynikających z odpowiednich przepisów prawnych, osobom fizycznym oraz innym osobom fizycznym oraz innym podmiotom, które na zlecenie MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach uczestniczą w realizacji projektu – na podstawie umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Pośredniczącej. Mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej kontrole i audyty w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej: tak/nie\*. W przypadku przekazywania Pani/Pana danych osobowych, może Pani/Pan uzyskać ich kopię. Sposób uzyskania kopii danych lub miejsce udostępnienia danych:

Nie dotyczy

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

Dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji projektu i jego rozliczenia oraz do momentu zamknięcia i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacji w zależności od tego która z tych dat nastąpi później.

7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pana/Pani danych osobowych, przysługuje Pani/Panu:

a) prawo dostępu do treści danych osobowych na podstawie art. 15 Rozporządzenia;

b) prawo do sprostowania danych osobowych na podstawie art. 16 Rozporządzenia;

c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 18 Rozporządzenia; z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust.2 Rozporządzenia

d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia.

e) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy Pan/Pani uzna, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia

8. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pana/Pani danych osobowych, nie przysługuje Pani/Panu:

a) prawo do usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”) na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b ,d lub e Rozporządzenia;

b) prawo do przenoszenia danych osobowych na podstawie art. 20 Rozporządzenia;

c) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania na podstawie art. 21 Rozporządzenia

9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest (wybrać odpowiednio):

X wymogiem ustawowym

11. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania tak/nie\*. Zasady zautomatyzowanego podejmowania decyzji i informacje o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach zautomatyzowanego przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą:

Nie dotyczy

Składając formularz ofertowy Oferent oświadcza, iż zapoznał się z powyższą klauzurą informacyjną.

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

Data, czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

1. **Warunek** to wymagania stawiane wykonawcom, który musi być przez nich bezwzględnie spełniony. Niespełnienie określonego warunku jest podstawą do odrzucenia oferty. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Kryterium** to wymaganie, które podlega ocenie. Oznacza to, że może być ono przez poszczególnych wykonawców
w lepszym lub gorszym stopniu spełnione w stosunku do wykonawcy, który to kryterium spełnia najkorzystniej dla Zamawiającego. [↑](#footnote-ref-2)