**Zapytanie ofertowe**

**Zamawiający:**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, Sekcja do Spraw Programów Zdrowotnych i Promocji Zdrowia, 53-208 Wrocław, ul. Podróżnicza 26/28, tel.71/335- 29- 69/60 , fax 71 / 335-29-69/68

Koordynator zadania: Beata Józefowicz tel. 71 335 29 69

**Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest prowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży szkolnej w profilaktyce nadwagi, otyłości oraz innych zaburzeniach okresu rozwojowego.

Edukacja prowadzona ma być przez dietetyka, rehabilitanta/fizjoterapeutę. Na edukację zdrowotną zgłaszać się będą dzieci wraz z rodzicami/opiekunami .

**Szczegółowe warunki zamówienia:**

Miejsce realizacji zlecenia: Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego ul. Chałubińskiego 2, Wrocław

Realizacja zadania planowana jest wstępnie w dniach:

20 i 27 września 2018

18 i 25 październik 2018

22 i 29 listopad 2018 w godzinach od 15.00 do 18.00.

Zamawiający dopuszcza zmianę dni oraz godzin prowadzenia edukacji według potrzeb WCZ SPZOZ, po uzyskaniu zgody Oferenta.

**● Fizjoterapeuta/Rehabilitant**

Zakres zadań:

1. Prowadzenie dokumentacji obowiązującej w programie:
2. Prowadzenie edukacji zdrowotnej w tym:
3. Promowanie zdrowego i aktywnego trybu życia.
4. Omówienie z dzieckiem i rodzicami zainteresowań sportowych, które wpłyną pozytywnie na aktywność ruchową dziecka.
5. Propozycje zestawów ćwiczeń poprawiających sprawność ruchową.
6. Indywidualne i stopniowe zmiany ćwiczeń zgodne ze stanem zdrowia i możliwościami dziecka.
7. Działania mające na celu ograniczenie zaburzeń lub zniekształceń ortopedycznych.
8. Zachęcanie dzieci i rodziców do wspólnego aktywnego spędzania czasu wolnego.
9. Motywowanie dziecka do wysiłku fizycznego.

 10. Sporządzanie sprawozdań merytoryczno-finansowych według określonego wzoru wraz z listami osób, którym udzielono porad.

 11. Ponoszenie odpowiedzialności za sprzęt i materiały stanowiące wyposażenie gabinetu.

**Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:**

1. wykształcenie kierunkowe: fizjoterapeuta lub rehabilitant

oraz

1. minimum 3-letnie doświadczenie w pracy na wyżej wymienionym stanowisku
2. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym lub podpisane oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym

**● Dietetyk**

Zakres zadań:

1. Wstępna analiza błędów żywieniowych na podstawie rozmowy z dzieckiem i rodzicami.
2. Omówienie zasad zdrowego żywienia.
3. Określenie planu żywieniowego, modyfikacja codziennej diety, w celu redukcji masy ciała.
4. Prowadzenie dokumentacji obowiązującej w programie: ewidencja przyjęć według ustalonego wzoru,
5. Sporządzania list osób, którym udzielono porad,
6. Sporządzanie sprawozdań merytoryczno-finansowych według określonego wzoru,

6. Ponoszenie odpowiedzialności za sprzęt i materiały stanowiące wyposażenie gabinetu.

**Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:**

1. wykształcenie kierunkowe: dietetyk lub technolog żywienia

oraz

1. minimum 3-letnie doświadczenie w pracy na wyżej wymienionym stanowisku
2. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym lub podpisane oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym

Oferty proszę zgłaszać osobiście lub listownie w formie pisemnej na druku formularza ofertowego do Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław lub przesłać na adres e-mail: bjozefowicz@spzoz.wroc.pl

Oferty przyjmowane są do 24.08.2018 roku do godziny 9:00

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że: administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ z siedzibą przy ul. Podróżniczej 26/28, 53-208 Wrocław, którego przedstawicielem jest Dyrektor. Z  **Inspektorem Ochrony Danych** można się kontaktować pod adresem e-mail: iod@spzoz.wroc.pl, tel.71 391 17 53. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia. Informacja o wyniku postępowania zostanie udostępniona na stronie internetowej [www.spzoz.wroc.pl](http://www.spzoz.wroc.pl). . Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem udziału w zapytaniu ofertowym. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.

Posiada Pani/Pan:

* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***,
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*,
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,

nie przysługuje Pani/Panu:

* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

**\*\* Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania
o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

**\*\*\* Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

**Załączniki:**

1. Formularz ofertowy
2. Oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym .

|  |  |
| --- | --- |
| Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ ul. Podróżnicza 26/2853-208 Wrocław |  tel. 71/335-29-69/60 tel./fax 71/335-29-68 |

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Realizacja zlecenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

3.Adres:

Miejscowość : ……………………............................... kod pocztowy: ……………………………………

ulica i numer lokalu: *………………………………………………………………………………………………………………*

telefon: ........................................... *e-mail: …………………………………………………………………*

4. PESEL: ...................................................................

5. NIP: ......................................................................

6. Regon: ..................................................................

7. Kwalifikacje i doświadczenie: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. Oferowana kwota brutto w złotych polskich za 1 godzinę świadczenia usług:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania .

.......................... …………………………………………..

 data pieczątka / podpis oferenta