

FORMULARZ OFERTOWY

I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:

1. Nazwa i adres
2. Reprezentacja (nazwisko i imię)
3. Wykształcenie/zawód/.....
4. Prawo wykonywania zawodu nr wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w
5. Specjalizacja stopnia w zakresie zgodnie z dyplomem nr
wydanym przez
6. REGON
7. NIP
8. PESEL
9. Polisa na ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na sumę ubezpieczeniową zł
zawarta z na okres oddo - numer polisy

II. PRZEDMIOT OFERTY:

Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii, w tym także:

- a. leczenie, diagnostyka, sprawowanie opieki nad pacjentami,
- b. wykonywanie kaniulacji żyły cewnikiem dializacyjnym,
- c. udzielaniu konsultacji w innych jednostkach i komórkach organizacyjnych SP ZOZ Mogilno,
- d. wykonywanie innych czynności wynikających z regulaminów,
- e. wykonywanie zadań zleconych przez kierownika podmiotu leczniczego, kierownika ds. medycznych, koordynatora oddziału.

III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

Za realizację świadczeń zdrowotnych oczekuję należności:

1. zł/za godz. świadczenia,
2. zł/za 1 punkt procedury anestezjologicznej.

IV. CZAS TRWANIA UMOWY:

Oferuję zawarcie umowy na okres od r. do r.

V. MINIMALNA LICZBA DYŻURÓW

minimalna liczba dni w tygodniu, w których oferent będzie udzielał świadczeń

VI. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów:

Lp.	Dokumenty	Załączam/nie załączam	Uzupełnić do dnia
1	dyplom uczelni w języku polskim		
2	dyplom specjalizacji		

3	dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza		
4	polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC		
5	wydruk z CEIDG		
6	orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w polu elektromagnetycznym		
7	okresowe szkolenie bhp z uwzględnieniem narażenia na pole elektromagnetyczne		
8	badania sanitarno- epidemiologiczne		
9	wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność		

WYJAŚNIENIE

- oznacza nie załączam

X - oznacza załączam

- oznacza zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)

VII. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny i zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienie oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
6. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
7. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienie oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
10. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienie przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.

.....

Data

.....

Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym, oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
- 4) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
- 5) Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 6) Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
- 7) Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia
- 8) Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- 9) Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

.....
Data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA OGÓLNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 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), dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, informację, że:

- 1) administratorem danych osobowych pozyskanych bezpośrednio od osób fizycznych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie z siedzibą przy ulicy Kościuszki 10,
- 2) inspektorem ochrony danych osobowych jest Sławomir Rzepecki tel. 602 734 255,
- 3) ww. dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w celu związanym z mniejszym postępowaniem, którego celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 3,
- 4) odbiorcami ww. danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – prawo zamówień publicznych, dalej „ustawa pzp”.
- 5) ww. dane osobowe będą przechowywane przez okres 4 lat od dnia zakończenia niniejszego postępowania, a jeżeli czas trwania umowy przekroczy 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- 6) obowiązek podania danych osobowych i uzyskania ich przez Udzielającego Zamówienie bezpośrednio od osób fizycznych wynika z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności podmiotów leczniczych związanych z udziałem w niniejszym postępowaniu konkursowym,
- 7) w odniesieniu do ww. danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO;
- 8) osoby fizyczne, których dane Udzielającego Zmówienie pozyskał bezpośrednio posiadają:
 1. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do własnych danych osobowych;
 2. na podstawie art. 18 RODO prawo do sprostowania własnych danych osobowych*;
 3. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania własnych danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO**;
 4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba, której dane dotyczą uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 9) osobom fizycznym, których dane Udzielający Zamówienie pozyskał bezpośrednio w przedmiotowym postępowaniu:
 - 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 danych osobowych Oferenta jest art. 6 ust. 1 lit.

c RODO.

- * skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku niniejszego postępowania ani zmianą postanowień umowy, w zakresie niezgodnym z ustawą pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników,
- ** 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 z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

.....
Data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta