# WSZ.DAT.SZPIZ.042.1.8.2019 *Załącznik nr 1 do SWKO – podmiot leczniczy*

(jeśli dotyczy)

# FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych – w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych**

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o udzielenie zamówienia |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| 3. | Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu |  |
| 4. | Numer telefonu |  |
| 5. | Numer FAX / e-mail |  |
| 6. | Numer rejestru sądowego KRS |  |
| 7. | Numer rejestru podmiotów leczniczych |  |
| 8. | Nazwa organu prowadzącego rejestr |  |
| 9. | Numer NIP |  |
| 10. | Numer REGON |  |
| 11. | Imię i nazwisko oraz nr tel. osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad realizacją świadczeń zdrowotnych |  |

**II. OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH**

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi medyczne w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach:  **Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna w warunkach ambulatoryjnych:**   1. Za 1 godzinę usługi w dni powszednie w godzinach 18:00- 8:00 w wysokości ................................... zł (słownie: ………………………………............................ złotych), 2. Za 1 godzinę usługi w dni świąteczne ustawowo wolne od pracy w godzinach 8:00 – 8:00 w wysokości ...........................................(słownie: ……………………………….. złotych) 3. Deklaruję maksymalną liczbę ……………………. godzin w dni powszednie w miesiącu. 4. Deklaruję w dni świąteczne i ustawowo wolne od pracy maksymalną liczbę ………………… godzin 5. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 12 miesięcy.**     Dnia ……………………………, Podpis i pieczątka………………………………. |

* + - * 1. **OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert” i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Zapewniam udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje wskazane przez Udzielającego zamówienia w SWKO.
5. Zapewniam, że uprawnienia osób wskazanych do wykonywania usługi są aktualne i nie toczy się w stosunku do nich postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.
6. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia otwarcia ofert.
7. Oświadczam, że personel wskazany w ofercie został poinformowany, iż zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) dalej „RODO” że:

a) administratorem  danych Przyjmującego Zamówienie jest Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1, 96 – 100 Skierniewice, 46 834-07-50, [wsz.skier@lodzkie.pl](mailto:wsz.skier@lodzkie.pl).;

1. wszelkie informacje dotyczące przetwarzania jego danych przez Administratora można kierować do Inspektora Ochrony Danych – Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1, 96 – 100 Skierniewice pisemnie na adres administratora lub mailowo na adres: [iod@wsz-skier.pl](mailto:iod@wsz-skier.pl)., tel. (46) 834 08 29,
2. administrator będzie przetwarzał dane osobowe personelu na podstawie art.6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba , której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
3. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
4. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie będą przechowywane przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej zgodnie z przepisami ustawy o archiwach i narodowym zasobie archiwalnym.
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
7. dane osobowe personelu będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
8. personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
9. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
10. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

**IV. ZAŁĄCZNIKAMI DO OFERTY SĄ:**

* 1. Formularz ofertowy – sporządzony i wypełniony według wzoru - **załącznik nr 1** do SWKO.
  2. Oświadczenie oferenta - **załącznik nr 2** do SWKO.
  3. Wykaz personelu medycznego wraz z poświadczonymi kopiami dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu wykonującego usługi będące przedmiotem zamówienia ( odpis prawa wykonywania zawodu, odpis dyplomu specjalizacyjnego, certyfikaty) wg **załącznika nr 3** do umowy.

**……………………….……………………………...............…………**

**(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)**

Załącznik nr 2 do SWKO – podmiot leczniczy

……………………………………..………

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

* 1. Oświadczam, że posiadam:
* aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ………………….. obejmującą Usługi świadczone przez zgłoszony personel( zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ………………………… na dzień podpisania umowy.)\*
* aktualne zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawione przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych, a w przypadku lekarzy dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące,
* aktualne zaświadczenia o odbyciu szkolenia BHP,
* aktualny wpis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej – (kopia lub wydruk ze strony internetowej) – wystawione nie wcześniej aniżeli 3 miesiące przed terminem składania ofert,
* Wpis do ewidencji działalności Gospodarczej (CEIDG) lub kopia wpisu KRS ,
* Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.
  1. Zobowiązuję się do przedłożenia przedmiotowych dokumentów (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) najpóźniej w dniu podpisania umowy.
  2. Zobowiązuję się bez ważności przy każdorazowej zmianie stanu prawnego w/w dokumentów w ramach umowy dostarczyć Udzielającemu Zamówienie komplet aktualnych dokumentów.
  3. Oświadczam, że wszystkie dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty, stanem

prawnym i faktycznym.

* 1. Oświadczam, że wszystkie dane wskazane przeze mnie w ofercie są zgodne z prawdą.
  2. Oświadczam, że wszystkie dokumenty, które zostały złożone w kopii są zgodne z oryginałem.

………………………………………

Data i podpis Oferenta