# WSZ.DAT.SZPIZ.042.1.8.2019 *Załącznik nr 1 do SWKO –praktyka specjalistycza*

# FORMULARZ OFERTY

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

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  | Imię i nazwisko |  |
| 2. | Adres siedziby wraz z kodem pocztowym |  |
| 3. | Adres poczty e-mail |  |
| 4. | Numer telefonu |  |
| 5. | Zawód |  |
| 6. | Numer prawa wykonywania zawodu |  |
| 7. | Specjalizacja w zakresie |  |
| 8. | Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą |  |
| 9. | Numer NIP |  |
| 10. | Numer REGON |  |
| 11. | Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem siedziby oferenta) |  |

**II. OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH** na wykonywanie usług lekarskich

|  |
| --- |
| 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. Moje uprawnienia do wykonywania zawodu są aktualne i nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
6. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia otwarcia ofert.
7. W czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach, nie będę udzielał/ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w Szpitalu.
8. Zostałem poinformowany, iż 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) dalej „RODO”.
9. Wykonawca dodatkowo oświadcza , iż został  poinformowany o tym, 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.
10. 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. **,** tel. (46) 834 08 29,
11. Dane osobowe Przyjmującego Zamówienie jako osoby uprawnionej do wykonania  niniejszej Umowy przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust.1 pkt f) RODO będą w związku z realizacją umowy i  są one niezbędne do realizacji umowy zawartej pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym.
12. Odbiorcami  danych osobowych Wykonawcy mogą być podmioty przetwarzające dane osobowe na polecenie  Administratora lub inne podmioty, których udział w realizacji celów, o których mowa w ust. 3 powyżej jest niezbędne, a także podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów.
13. Dane osobowe Przyjmującego Zamówienie będą przechowywane przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej zgodnie z przepisami ustawy o archiwach i narodowym zasobie archiwalnym.
14. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje prawo żądania dostępu oraz sprostowania moich danych, nie przysługuje mi prawo żądania: usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu.
15. Przyjmujący zamówienie jeśli uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. Oświadczam, że wszystkie dane wskazane przeze mnie w ofercie są zgodne z prawdą.
17. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

**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. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (kopie):
1. dyplom ukończenia studiów,
2. prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, bądź kartę szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji w toku.

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

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

#

#  Załącznik nr 2 do SWKO - *praktyka specjalistycza*

……………………………………..………

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

* 1. Oświadczam, że posiadam:
* aktualne zaświadczenie 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 zaświadczenie o odbyciu szkolenia BHP;
* aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.11.2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019r. poz. 2219)(Dz.U. z 2019r. poz. 866) z uwzględnieniem klauzuli dotyczącej chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby i wirusa HIV,
* aktualny wpis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej – (KRS / CEIDG kopia lub wydruk ze strony internetowej) – wystawione nie wcześniej aniżeli 3 miesiące przed terminem składania ofert.
	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.
	4. Oświadczam, że wszystkie dane wskazane przeze mnie w ofercie są zgodne z prawdą.
	5. Oświadczam, że wszystkie dokumenty, które zostały złożone w kopii są oryginałem.

 ………………………………………

 Data i podpis Oferenta