# 

***Załącznik nr 1 do SWKO***  *podmiot leczniczy*

# WSZ.DAT.SZPIZ.042.1.10.2019

# 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. 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.
3. Zobowiązuję się bez ważności przy każdorazowej zmianie stanu prawnego w/w dokumentów w ramach umowy dostarczyć Udzielającemu Zamówienie komplet aktualnych dokumentów.
4. 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. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia otwarcia ofert.
3. 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:
4. 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).;
5. 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,
6. 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;
7. 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);
8. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie będą przechowywane przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej zgodnie z przepisami ustawy o archiwach i narodowym zasobie archiwalnym.
9. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
10. personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
11. dane osobowe personelu będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
12. personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
13. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
14. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

**IV. ZAŁĄCZNIKAMI DO OFERTY SĄ:**

* 1. **Załącznik nr 1** - Formularz ofertowy.
  2. **Załącznik nr 2 -** Wykaz personelu medycznego.

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

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