# WSZ.DAT.SZP.042.1.19/2023 *Załącznik nr 1 do SWKO*

# FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych – w zakresie nocnej i świątecznej opieki 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 |  |
| 12. | Numer konta bankowego wraz z nazwą i siedzibą banku |  |

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

|  |
| --- |
| 1. Zobowiązuję się świadczyć usługi medyczne lekarskie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zgodnie z warunkami konkursu opisanymi w SWKO.   * Cena brutto ………………… zł (max. 138,00 zł) za 1 godzinę usługi w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godz. 18.00 – 8.00 dnia następnego (dyżur zwykły), * Cena brutto ………………. zł (max. 138,00 zł) w soboty, niedziele i święta oraz dni ustawowo wolne od pracy w godz. od 8.00 - 8.00 dnia następnego (dyżur świąteczny).   Oferty przekraczające maksymalne wartości ofertowe zostaną odrzucone chyba że, Przyjmujący zamówienie w trakcie negocjacji wyrazi **zgodę na obniżenie ceny**.  2. Deklaruję maksymalną liczbę godzin w miesiącu:  2.1 ………….. (max. 582) godzin w dni powszednie od poniedziałku do piątku,  2.2 ………….. (max. 448) godzin w soboty niedziele i święta oraz dni ustawowo wolne od pracy.  3 . Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 24** miesiące.  4. Oświadczam, że jestem gotów do prowadzenia negocjacji z Zamawiającym w celu ustalenia ceny jednostkowej zamówienia poniżej kwot określonych w pkt 1.    …………………….…………………, ……………………………………………………….…………………………… miejscowość i data (podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty) |

* + - * 1. **OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert”(SWKO) oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w projekcie umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
4. Uważam się za związany ofertą na czas wskazany w SWKO.
5. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie z harmonogramem i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
6. Zapewniam udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje wskazane przez Udzielającego zamówienia w SWKO.
7. Zapewniam, że uprawnienia osób wskazanych do wykonania usługi są aktualne i że nie toczy się w stosunku do nich postepowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postepowanie przygotowawcze.
8. Zobowiązuję się dostarczyć na dwa dni przed zawarciem umowy wykaz personelu przewidzianego do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu wraz z dokumentami potwierdzającymi kwalifikacje zawodowe deklarowanego personelu, który będzie stanowił załącznik do umowy.
9. 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).\*
10. Oświadczam, że osoby wskazane w ofercie zostały poinformowane że:
11. administratorem jego danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony im. St. Rybickiego w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1, 96-100 Skierniewice;
12. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@wsz-skier.pl](mailto:iod@wsz-skier.pl);
13. administrator będzie przetwarzał dane osobowe personelu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c 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;
14. Państwa 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);
15. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
16. personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora,
17. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji umowy oraz przez okres przechowywania dokumentacji wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa;
18. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
19. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
20. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

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

**\*ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:**

1. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią Ogłoszenia o konkursie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z istotnymi postanowieniami umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania jego oferty (**Załącznik nr 1 do SWKO**),
2. poświadczona kopia wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych,
3. poświadczona kopia wpisu do KRS,
4. potwierdzenie zawarcia aktualnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, odpowiadające wymaganiom określonym w umowie tj. polisy oraz potwierdzenie opłacenia należnych składek albo oświadczenie, że przed rozpoczęciem świadczenia usług, takie polisy dostarczy i będzie ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy,
5. wykaz personelu medycznego
6. oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe niezbędne do świadczenia usług będących przedmiotem postępowania. (Kopie dokumentów Przyjmujący zamówienie przedstawi na każde żądanie Udzielającego zamówienia).
7. oświadczenie Przyjmującego zamówienie, że personel wykonujący usługi będące przedmiotem zamówienia posiada aktualne zaświadczenia lekarskie – badań profilaktycznych.
8. oświadczenie Przyjmującego zamówienie, że personel wykonujący usługi będące przedmiotem zamówienia posiada aktualne zaświadczenia o szkoleniach bhp.
9. oświadczenie o niepozostawaniu personelu przez niego zatrudnionego w stosunku pracy z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach lub zobowiązanie oferenta do rozwiązania stosunku pracy pomiędzy personelem przez niego zatrudnionym a Udzielającym zamówienia lub podanie wykazu ww. personelu.
10. *pełnomocnictwo- jeżeli dotyczy.*

*\*-niepotrzebne skreślić*