# WSZ.DAT.SZP.042.1.5/2021 *Załącznik nr 1 do SWKO*

# FORMULARZ OFERTOWY

**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 lekarskie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w ramach:  **NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA**   1. Deklaruję w dni robocze w godzinach od 18.00 -8.00 oraz w dni świąteczne, ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00- 8:00   **1.1** za 1 godzinę usługi ………………… zł (słownie: ………………………) **1.2** liczbę godzin roboczych …………………  **1.3** liczbę godzin w dni świąteczne, ustawowo wolne od pracy ………………………  (średnioroczna liczba godzin podlegająca zabezpieczeniu -12 192 godzin)   1. Deklaruję w dni: 24,31 grudnia od godz. 18.00-8.00 oraz w dni: 25, 26 grudnia, 1 stycznia, Niedziela Wielkanocna, Poniedziałek Wielkanocny od godz. 8.00- 8.00   **2.1** za 1 godzinę usługi ………………… zł (słownie: ……………………..)  **2.2** liczbę godzin w dni szczególnie świąteczne ……………  (średnioroczna liczba godzin podlegająca zabezpieczeniu – 296 godzin)   1. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 12 miesięcy.**   (średnioroczna liczba godzin podlegająca zabezpieczeniu w okresie 12 m-cy -12 488 godzin)    Data: ……………………………, 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 niej 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.

Ofertę niniejsza składam na ………………. kolejno ponumerowanych stronach.

**IV. ZAŁĄCZNIKAMI DO OFERTY SĄ:**

* 1. ………………………..
  2. ………………………..
  3. ………………………..
  4. ………………………..
  5. ………………………..

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

Załącznik nr 2 do SWKO

……………………………………..………

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

* 1. Oświadczam, że posiadam:
* umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych w ramach niniejszej umowy usług w której suma gwarancyjna wynosić będzie nie mniej niż suma wymagana dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą ( zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy na dzień podpisania umowy),
* oświadczam, że każdy z członów Personelu posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności leczniczej (zobowiązuję się do przedłożenia kopii polis na dzień podpisania umowy),
* aktualne zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawione przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych,
* aktualne zaświadczenia o odbyciu szkolenia BHP,
* 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.
  3. Oświadczam, że personel przeze mnie zatrudniony nie pozostaje w stosunku pracy z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. St. Rybickiego w Skierniewicach lub zobowiązuję się do rozwiązania stosunku pracy pomiędzy personelem przeze mnie zatrudnionym a Udzielającym zamówienia lub przekazać wykaz w/w personelu.

………………………………………

Data i podpis Oferenta