**WSZ.DAT.SZP.042.1.6/2021** **Załącznik nr 1 do SWKO I**ndywidualna Praktyka

# FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów medycznych lekarskich w Oddziale Dziecięcym

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  | Imię i Nazwisko |  |
| 2. | PESEL |  |
| 3. | Zawód  |  |
| 4. | Nr prawa wykonywania zawodu |  |
| 5. | Specjalizacja w zakresie |  |
| 6. | Nr dokumentu specjalizacji (dla podmiotu w trakcie specjalizacji)  |  |
| 7. | Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą  |  |
| 8. | NIP |  |
| 9. | REGON |  |
| 10. | Adres siedziby  |  |
| 11. | Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem siedziby oferenta) |  |
| 12.  | Numer telefonu |  |
| 13. | Adres email |  |
| 14. | Nazwa banku |  |
| 15. | Nr konta |  |

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

1.Dyżury lekarskie - lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub neonatologii\* lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie pediatrii lub neonatologii\* lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii lub neonatologii\* (**\*** niepotrzebne skreślić)

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi lekarskie w **Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w Oddziale Dziecięcym** 1.1. za usługi świadczone w dni robocze od poniedziałku do piątku (dyżur zwykły) **od godziny 15.05 do godziny 7.30** dnia następnego * **za 1 godzinę usługi ……………… zł ( słownie: …………………….)**

1.2za usługi świadczone w soboty, niedziele oraz inne dni ustawowo wolne od pracy (dyżur świąteczny) (z zastrzeżeniem pkt. 1.3 ) **od** **godziny 7.30 danego dnia do godziny 7.30** dnia następnego – stawki w wysokości stawki określonej w pkt. 1.1 1.3 za usługi świadczone w dniu: 31 grudnia **od godziny 15.05 do godziny 7.30** dnia następnego (dyżur w święta szczególne) w dniach: 24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia, 1 stycznia, Niedziela Wielkanocna, Poniedziałek Wielkanocny **w godzinach od 7.30 do godziny 7.30** dnia następnego * **za 1 godzinę usługi max.125 % stawki z pkt. 1.1 tj. w wysokości ..………. zł ( słownie: …………….. )**

1.4 Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 12 miesięcy**1.5 Deklaruję gotowośćdo wykonania następującej liczby usługi:a) dyżury medyczne w miesiącu **(minimum 4 dyżury)**  ........... w tym: - dyżury medyczne (zwykłe) w godzinach 15.05 – 7.30 …........ - dyżury medyczne świąteczne w godzinach 7.30 – 7.30 ............. 1.6Deklaruję pozostawanie do dyspozycji Udzielającego zamówienia ………………. ( podać liczbę całkowitą ) godzin w miesiącu. Dnia ……………………………, Podpis i pieczątka……………………………….  |

**III. 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. Prowadzę Specjalistyczną Indywidualną Praktykę Lekarską w dziedzinie …………………………………, zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich w OIL zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
6. Świadczeń zdrowotnych będę udzielać osobiście.
7. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …………………………….. . Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy (OC) na równowartość ……………………………… na dzień podpisania umowy\*.

7. Uważam się związany ofertą na czas wskazany w SWKO.

8. W czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach, nie będę udzielał/ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w Szpitalu.

9. Oświadczam, że zostałem 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. UEL 119 z 04.05.2016, str.1) dalej „RODO” że:

1. administratorem danych Przyjmującego zamówienie jest Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1, 96 –100 Skierniewice, tel. (46) 834-07-50, wsz.skier@lodzkie.pl.;
2. 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,
3. 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;
4. 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);
5. **moje dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej** zgodnie z przepisami ustawy o archiwach i narodowym zasobie archiwalnym.
6. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. mam prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
8. przysługuje mi prawo dostępu do treści moich 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.

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

**IV. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY\*:**

1. Poświadczone kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (odpis prawa wykonywania zawodu, odpis dyplomu specjalizacyjnego, certyfikaty) – *zał. nr 1*
2. Poświadczona kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego – badania profilaktycznego – *zał. nr 2*
3. Poświadczona kopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu bhp – *zał. nr 3*
4. Poświadczona kopia wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych – *zał. nr 4*
5. Poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub kopia wpisu do KRS – *zał. nr 5*
6. Kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – *zał. nr 6*
7. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - *zał. nr 7.*

*\*-niepotrzebne skreślić*