**WSZ.DAT.SZP.042.1.10/2021** **Załącznik nr 1 do SWKO I**ndywidualna Praktyka Lekarska

# FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji, pełnienia dyżurów medycznych lekarskich oraz gotowość i wezwanie do pracy w Oddziale Ortopedyczno- Urazowym.

**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 indywidualnej praktyki lekarskiej |  |
| 11. | Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem siedziby oferenta) |  |
| 12. | Numer telefonu |  |
| 13. | Adres e-mail |  |

**Oferta cenowa na wykonywanie świadczeń medycznych została podzielona na 2 części.**

Część I -dotyczy lekarza specjalisty oraz lekarza specjalisty z II stopniem specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Część II - dotyczy lekarza specjalisty z I stopniem specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz lekarza w trakcie specjalizacji.

## II. OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH –*CZĘŚĆ I*

Dyżury lekarskie - lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu \* lekarz specjalista z II stopniem specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu \* (**\*** niepotrzebne skreślić).

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi lekarskie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach **w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym**  **1.**  ***Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu:***  w dni robocze od poniedziałku do piątku od godz. 8.00 – 15.00 (praca w normalnej ordynacji) …………………..    ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z poz. 1 oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** ……**…….………… zł (słownie: ……………………………….)**,   **2**. ***Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu:***  a) od poniedziałku do piątku od godz. 15.00- 8.00 dnia następnego ( dyżur zwykły) …………………………  b) w soboty niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8.00- 8.00 dnia następnego (dyżur świąteczny) z zastrzeżeniem pkt. 3) ……………………..  ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z poz. 2a, 2b- oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** ……**…….………… zł (słownie: ……………………………….)**,   **3.**  ***Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu w święta szczególne tj.:***  w dniu 31 grudnia od godz. 15.00 - 8.00 dnia następnego oraz w dniach: 24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia, 1 stycznia, Niedzielę Wielkanocną i Poniedziałek Wielkanocny od godz. 8.00- 8.00 dnia następnego **……………………….**  ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych dyżur w święta szczególne z poz. 3 – oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi max. 125% z pkt. 2a, 2b tj. w wysokości** **….………… zł (słownie: …………….)**,   ***4. Deklaruję gotowość do pracy następującej liczby godzin w miesiącu:*** a ) od poniedziałku do piątkuod godz. 15.00 - 8.00 dnia następnego (gotowość do pracy w dni robocze) **…………………..**, b) w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8.00 - 8.00 dnia następnego pracy (gotowość do pracy w dni świąteczne) **……………….…**  ***Za pozostawanie w gotowości do pracy z poz. 4a, 4b (z zastrzeżeniem pkt. 5) – oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** ……**…….………… zł (słownie: ……………………………….)**,   **5. *Deklaruję pozostawanie w gotowości do pracy następującej liczby godzin w miesiącu w święta szczególne:***  w dniu 31 grudnia od godz. 15.00 - 8.00 dnia następnego oraz w dni: 24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia oraz 1 stycznia, w Niedzielę Wielkanocną i Poniedziałek Wielkanocny od godz. 8.00 - 8.00 dnia następnego **………………..**  ***Za pozostawanie w gotowości do pracy w święta szczególne z poz. 5 – oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi max. 125% z pkt. 4a, 4b tj. w wysokości ….………… zł (słownie: …………….),**   **6.** ***Deklaruję następującą liczbę godzin wezwań do pracy w miesiącu:*** a ) od poniedziałku do piątkuod godz. 15.00 - 8.00 dnia następnego (gotowość do pracy w dni robocze) **………….…………..**, b) w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy od godz.. 8.00 - 8.00 dnia następnego (wezwanie do pracy w dni świąteczne) **………………**  ***Za wezwanie do pracy z poz. 6a, 6b (z zastrzeżeniem pkt. 7) – oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** **………….………… zł (słownie: ……………………………….)**,   **7. *Deklaruję następującą liczbę godzin w miesiącu - wezwanie do pracy w święta szczególne:***  w dniu 31 grudnia od godz. 15.00 - 8.00 dnia następnego oraz w dni: 24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia oraz 1 stycznia, w Niedzielę Wielkanocną i Poniedziałek Wielkanocny od godz. 8.00 - 8.00 dnia następnego **………………..**  ***Za wezwanie do pracy w święta szczególne z poz. 7 – oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi max. 125% z pkt. 6a, 6b tj. w wysokości** **….………… zł (słownie: …………….)**,   8. Deklaruję pozostawanie do dyspozycji Udzielającego zamówienia ……………………. ( podać liczbę całkowitą ) godzin w miesiącu.  9. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 24 miesiące.**  Dnia ……………………………, Podpis i pieczątka ………………………………………………………………. |

**III. OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH – *CZĘŚĆ II***

Dyżury lekarskie - lekarz specjalista z I stopniem specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu \* lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu posiadający zaświadczenie od kierownika specjalizacji o zdolności do pełnienia dyżurów samodzielnie\* (**\*** niepotrzebne skreślić)

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi lekarskie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach **w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym**  1. ***Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu:***  a) od poniedziałku do piątku od godz. 15.00- 8.00 dnia następnego ( dyżur zwykły) …………………………  b) w soboty niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8.00- 8.00 dnia następnego (dyżur świąteczny) z zastrzeżeniem pkt. 2) ……………………..  ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z poz. 1a, 1b- oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** ……**…….………… zł (słownie: ……………………………….)**,   **2.** ***Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu w święta szczególne tj.:***  w dniu 31 grudnia od godz. 15.00 - 8.00 dnia następnego oraz w dniach: 24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia, 1 stycznia, Niedzielę Wielkanocną i Poniedziałek Wielkanocny od godz. 8.00- 8.00 dnia następnego **……………………….**  ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych dyżur w święta szczególne z poz. 2 – oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi max. 125% z pkt. 1a, 1b tj. w wysokości** **….………… zł (słownie: …………….)**,   3. Deklaruję ilość dyżurów w miesiącu ………………………. (minimum: **2 dyżury** ).  4. Deklaruję pozostawanie do dyspozycji Udzielającego zamówienia …………………( podać liczbę całkowitą ) godzin w miesiącu.  5. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 24 miesiące.**    Dnia ……………………………, Podpis i pieczątka……………………………………………………….. |

*\** ***W przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji Udzielający zamówienia przewiduje złożenie przez takiego lekarza dwóch ofert: oferty cenowej przewidzianej na czas trwania specjalizacji oraz oferty cenowej, która obowiązywać będzie po podniesieniu kwalifikacji przez danego lekarza tj. po uzyskaniu tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny; złożenie takiej oferty nie będzie traktowane jako oferta alternatywna i może stanowić podstawę podwyższenia wynagrodzenia należnego lekarzowi po uzyskaniu przez niego tytułu specjalisty.***

**IV. 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. 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 i zobowiązuję się do jej przedłożenia w dniu 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](mailto: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](mailto: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)

**ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:**

1. ………………………………………………..
2. ………………………………………………..
3. ………………………………………………..
4. ………………………………………………..
5. ..…………………………………………….
6. ……………………………………………….
7. ………………………………...