**WSZ.DAT.SZP.042.1.1.16/2021** **Załącznik nr 1 do SWKO**  Praktyka specjalistyczna

# FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji oraz pełnienia dyżurów medycznych lekarskich w Oddziale Noworodków

**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 e-mail |  |

**Oferta cenowa na świadczenie usług medycznych została podzielona na II części.**

**Część I dotyczy**: lekarza specjalisty w dziedzinie neonatologii, lekarza z II stopniem specjalizacji w dziedzinie neonatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii z doświadczeniem pracy w oddziale neonatologii. **Część II dotyczy**: lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii z doświadczeniem pracy w oddziale neonatologii.

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

Dotyczy: lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii \* lekarz z II stopniem specjalizacji w dziedzinie neonatologii\* lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii z doświadczeniem pracy w oddziale neonatologii\*. - *(jeżeli dotyczy).*

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi lekarskie w **Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w Oddziale Noworodków**  *1.*  ***Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu:***  w dni robocze od poniedziałku do piątku od godz. 7.30- 15.05 (praca w normalnej ordynacji) …………….. ilość godzin.  **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. 15.05- 7.30 dnia następnego ( dyżur zwykły) ………………… ilość godzin, b) w soboty niedziele i święta oraz dni ustawowo wolne od pracy od godz. 7.30- 7.30 dnia następnego (dyżur świąteczny) z zastrzeżeniem pkt. c) …………………… ilość godzin.  ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z poz. 2a, 2b- oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** **………….………… zł (słownie: ……………………………….)**   **c)**  **Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin- dyżur w święta szczególne tj.:**  31 grudnia od godz.15.05 -7.30 dnia następnego oraz w dniach:24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia, 1 stycznia, Niedziela Wielkanocna, Poniedziałek Wielkanocny od godz. 7.30 - 7.30 dnia następnego ………………….. ilość godzin.  **Za udzielanie świadczeń zdrowotnych- dyżur w święta szczególne z poz. 2c - oferuję stawkę brutto w wysokości:**   * **za 1 godzinę usługi …………… zł ( słownie: …………….. )**   3. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 10 miesięcy.**  4. Deklaruję gotowośćdo wykonania następującej liczby usługi:  a) od godziny 7.30- 15.05 praca w normalnej ordynacji (**minimum 2 dni** robocze w tygodniu) …………….. ilość godzin,  b) dyżury medyczne w miesiącu **(minimum 2)**  ........... w tym:  - dyżur medyczny zwykły w dni robocze od godz. 15.05 – 7.30 dnia następnego …........ ilość godzin,  - dyżur medyczny świąteczny od godz. 7.30 – 7.30 dnia następnego ............. ilość godzin,  - dyżur w święta szczególne od godz. 15.05- 7.30 dnia następnego oraz od godz. 7.30 – 7.30 dnia następnego …………… ilość godzin.  5.Deklaruję pozostawanie do dyspozycji Udzielającego zamówienie ……….. ( podać liczbę całkowitą ) godzin w miesiącu.  Dnia ……………………………, Podpis i pieczątka………………………………. |

***\* niepotrzebne skreślić***

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

Dotyczy: lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii\* lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii z doświadczeniem pracy w oddziale neonatologii\*\*- *(jeżeli dotyczy)* **.**

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi lekarskie w **Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w Oddziale Noworodków**  1**. *Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu:***  a) od poniedziałku do piątku od godz. 15.05- 7.30 dnia następnego ( dyżur zwykły)  **………………………** ilość godzin, b) w soboty niedziele i święta oraz dni ustawowo wolne od pracy od godz. 7.30- 7.30 dnia następnego (dyżur świąteczny) z zastrzeżeniem pkt. c) **……………** ilość godzin.  ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z poz. 1a, 1b- oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** **………….………… zł (słownie: ……………………………….)**,   c. **Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin- dyżur w święta szczególne tj.:**  31 grudnia od godz. 15.05 -7.30 dnia następnego oraz w dniach:24 grudnia, 25 grudnia, 26 grudnia, 1 stycznia, Niedziela Wielkanocna, Poniedziałek Wielkanocny od godz. 7.30 -7.30 dnia następnego **………………….** ilość godzin.  **Za udzielanie świadczeń zdrowotnych dyżur w święta szczególne z poz. 1 c - oferuję stawkę brutto w wysokości:**   * **za 1 godzinę usługi .…………..………. zł ( słownie: ……………….... )**   **2.** Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 10 miesięcy.**  3. Deklaruję gotowośćdo wykonania następującej liczby usługi:  a) od godz.7.30- 15.05 praca w normalnej ordynacji (**minimum 2 dni** robocze w tygodniu) …………….. ilość godzin,  b) dyżury medyczne w miesiącu **(minimum 2)**  ........... w tym:  - dyżur medyczny zwykły w dni robocze od godz. 15.05 – 7.30 dnia następnego …........ ilość godzin,  - dyżur medyczny świąteczny od godz. 7.30 – 7.30 dnia następnego .............ilość godzin,  - dyżur w święta szczególne od godz. 15.05- 7.30 dnia następnego oraz od godz. 7.30 – 7.30 dnia następnego …………… ilość godzin.  4.Deklaruję pozostawanie do dyspozycji Udzielającego zamówienia ……….. ( podać liczbę całkowitą ) godzin w miesiącu.  Dnia ……………………………, Podpis i pieczątka………………………………. |

**\* niepotrzebne skreślić**

*\*\** ***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.***

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. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy (OC) 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)

**IV. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:**

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

*6…………………………………………………*