**WSZ.DAT.SZP.042.1.17 /2021** **Załącznik nr 1 do SWKO**  Praktyka specjalistyczna

# FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji oraz pełnienia dyżurów medycznych lekarskich w zakresie niezabiegowym jak i zabiegowym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/ Izbie Przyjęć

**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 wykonywanie świadczeń medycznych została podzielona na II części.**

***Część I dotyczy*:** Dyżury lekarskie ***SOR w zakresie niezabiegowym-*** lekarz specjalista w zakresie ratownictwa medycznego; lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych; lekarz specjalista w zakresie kardiologii; lekarz z II stopniem specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych; lekarz z II stopniem specjalizacji w zakresie kardiologii; lekarz z I stopniem specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych ; lekarz z I stopniem specjalizacji w zakresie kardiologii.

Dyżury lekarskie ***SOR w zakresie zabiegowym*** - lekarz specjalista w zakresie ratownictwa medycznego; lekarz specjalista w zakresie chirurgii; lekarz specjalista w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; lekarz z I stopniem specjalizacji w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

***Część II dotyczy*:** Dyżury lekarskie ***SOR w zakresie niezabiegowym -*** lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych; lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie kardiologii; lekarz w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej; lekarz bez specjalizacji z doświadczeniem (3000 godzin) pracy w SOR/ Izba Przyjęć.

Dyżury lekarskie ***SOR w zakresie zabiegowym***- lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej; lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; lekarz w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej; lekarz bez specjalizacji z doświadczeniem (3000 godzin) pracy w SOR/ Izba Przyjęć*.*

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

Dyżury lekarskie ***SOR w zakresie niezabiegowym-*** lekarz specjalista w zakresie ratownictwa medycznego \* lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych \* lekarz specjalista w zakresie kardiologii\* lekarz z II stopniem specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych\* lekarz z II stopniem specjalizacji w zakresie kardiologii\* lekarz z I stopniem specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych \* lekarz z I stopniem specjalizacji w zakresie kardiologii\* *- (jeżeli dotyczy).*

Dyżury lekarskie ***SOR w zakresie zabiegowym***- lekarz specjalista w zakresie ratownictwa medycznego\* lekarz specjalista w zakresie chirurgii\* lekarz specjalista w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu\* lekarz z I stopniem specjalizacji w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu\* - *( jeżeli dotyczy).*

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi lekarskie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach: **Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**  1*.* ***Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu – SOR w zakresie niezabiegowym\* - ( jeżeli dotyczy)***  a) w dni robocze od poniedziałku do piątku od godz. 7.30 - 15.05 (praca w normalnej ordynacji) …………….. ilość godzin ,  b) od poniedziałku do piątku od godz. 15.05- 7.30 dnia następnego (dyżur zwykły) …………………… ilość godzin,  ***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 – SOR w zakresie zabiegowym\* - ( jeżeli dotyczy)***  a) w dni robocze od poniedziałku do piątku od godz. 7.30- 15.05 (praca w normalnej ordynacji) …………….. ilość godzin ,  b) od poniedziałku do piątku od godz. 15.05- 7.30 dnia następnego ( dyżur zwykły) …………………… ilość godzin,  ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z poz. 2a,2b - oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** **………….………… zł (słownie: ……………………………….)**,     3. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy: **10** miesięcy.  4. Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.  5.Deklaruję pozostawanie do dyspozycji Udzielającego zamówienia ……… ( podać liczbę całkowitą ) godzin w miesiącu.  Dnia ……………………………, Podpis i pieczątka………………………………. |

**\* niepotrzebne skreślić**

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

Dyżury lekarskie ***SOR w zakresie niezabiegowym -*** lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych\* lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu kardiologii\* lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej\* lekarz bez specjalizacji z doświadczeniem (3000 godzin) pracy w SOR/ Izbie Przyjęć\* *- (jeżeli dotyczy)* **\***

Dyżury lekarskie ***SOR zabiegowym*** - lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej\* lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu\* lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej \* lekarz bez specjalizacji z doświadczeniem (3000 godzin) pracy w SOR/ Izbie Przyjęć\* - *( jeżeli dotyczy)*\*

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi lekarskie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach: **Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**  1*.* ***Deklaruję wypracowanie następującej liczby godzin w miesiącu - SOR w zakresie niezabiegowym\* - ( jeżeli dotyczy)***  a) w dni robocze od poniedziałku do piątku od godz. 7.30 - 15.05 (praca w normalnej ordynacji) …………….. ilość godzin ,  b) od poniedziałku do piątku od godz. 15.05- 7.30 dnia następnego (dyżur zwykły) …………………… ilość godzin,  ***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 – SOR w zakresie zabiegowym\* - ( jeżeli dotyczy)***  a) w dni robocze od poniedziałku do piątku od godz. 7.30- 15.05 (praca w normalnej ordynacji) …………….. ilość godzin ,  b) od poniedziałku do piątku od godz. 15.05- 7.30 dnia następnego ( dyżur zwykły) …………………… ilość godzin,  ***Za udzielanie świadczeń zdrowotnych z poz. 2a, 2b - oferuję stawkę brutto w wysokości:***   * **za 1 godzinę usługi** **………….………… zł (słownie: ……………………………….)**,     3. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy: **10** miesięcy  4. Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.  5**.** 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.*

**IV. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

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\*.

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…………………………………………………*