**WSZ.DAT.SZP.042.1. 19/2021** **Załącznik nr 1 do SWKO**

FORMULARZ OFERTY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych –pełna obsługa w zakresie protetyki stomatologicznej wraz z dzierżawą pomieszczeń**

**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. | 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**

|  |
| --- |
| 1. Przewidywana łączna wartość przedmiotu zamówienia w okresie realizacji umowy tj. 24 miesiące wyniesie: ............% wartości kontraktu ( nie więcej niż 77%)Termin płatności (nie mniej niż 30 dni): ………………dni**2. DZIERŻAWA POMIESZCZEŃ ( stawka minimalna: nie mniej niż ,00 zł netto)****Oferuję stawkę dzierżawy za 1 m2 dzierżawionej powierzchni w kwocie:****netto ……………………. zł/1m2 ; brutto ………………… zł/1m2 , VAT …………..%****Miesięczny czynsz dzierżawy pomieszczeń wyniesie ( 73,03 m2 powierzchni):** **netto ……………………. zł,  brutto ……………………. zł, VAT …………..%****Dodatkowo zobowiązuję się do uiszczania innych opłat wynikających z zawartej umowy dzierżawy pomieszczeń zgodnie z zapisami umowy dzierżawy.** |

**III. OŚWIADCZENIE OFRERENTA:**

* 1. Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie jak również wszystkimi dokumentami składającymi się na SWKO i nie zgłaszam zastrzeżeń. Dokonałem również wizji lokalnej pomieszczeń przeznaczonych do dzierżawy w celu realizacji umowy i nie wnoszę żadnych uwag.
	2. Oświadczam, że jestem gotów do prowadzenia negocjacji z Udzielającym zamówienia w celu ustalenia wartości zamówienia
	3. Oświadczam, iż dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia posiadającymi kwalifikacje określone w odrębnych przepisach do realizacji świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu jak również będę dysponował aparaturą i sprzętem niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem Konkursu i gwarantującym realizację świadczeń zdrowotnych zgodnie z zakresem określonym w SWKO w dniu podpisania umowy.
	4. Oświadczam że spełniam wszystkie warunki formalno- prawne do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego Konkursu zgodnie z obowiązującym stanem prawnym na dzień składania ofert. Jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, niezbędną wiedzę i doświadczenie jak również niezbędny potencjał techniczny oraz dysponuję osobami zdolnymi do wykonywania przedmiotu umowy.
	5. 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.
	6. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
	7. 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.
	8. Zobowiązuję się dostarczyć na dwa dni przed zawarciem umowy wykaz personelu przewidzianego do realizacji świadczeń będących przedmiotem Konkursu wraz z dokumentami potwierdzającymi kwalifikacje zawodowe deklarowanego personelu, który będzie stanowił załącznik do umowy.
	9. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
	10. 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:
1. 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.;
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. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie 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. personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
8. dane osobowe Personelu będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
9. Personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
10. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji w celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
11. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

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

1. **ZAŁĄCZNIKAMI DO OFERTY SĄ:**
	1. …………………………………
	2. …………………………………
	3. …………………………………
	4. …………………………………
	5. …………………………………
	6. …………………………………
	7. **………………………………….**

**…………………………… ……………..………….….……………………………...............………… Miejscowość, data *podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)**