#  WSZ.DAT.SZP.042.1.21/2021 *Załącznik nr 1 do SWKO*

# FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych – w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych**

**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. | Numer FAX / 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 NA WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH**

|  |
| --- |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi medyczne lekarskie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach**w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej:**1) za 1 godzinę usługi w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godz. od 18.00 – 8.00 dnia następnego (dyżur zwykły) oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godz. od 8.00 dnia danego do godz. 8.00 dnia następnego (dyżur świąteczny) w wysokości: ………………………… zł brutto (słownie: ……….………………złotych) 2) za 1 godzinę usługi w Wigilię, Boże Narodzenie (2 dni), Sylwester, Nowy Rok, Niedzielę Wielkanocną, Poniedziałek Wielkanocny w godz. od 8.00 dnia danego do godz. 8.00 dnia następnego (dni szczególnie świąteczne ) max. 125% stawki z pkt. 1 w wysokości: ……………………… zł brutto (słownie: **……….…………………** złotych)1. Deklaruję maksymalną liczbę ………….. godzin w dni powszednie w miesiącu2 . Deklaruję w soboty niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy liczbę …………….. godzin w miesiącu.3. Deklaruję w dni szczególnie świąteczne liczbę ………… godzin w okresie 24 miesięcy.4 . Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy**: 24 miesiące.** Data: ……………………………, Podpis i pieczątka……………………………….  |

* + - * 1. **OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**
1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert”(SWKO) 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. Zobowiązuję się do wykonywania usług godnie z harmonogramem i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
5. Zapewniam udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje wskazane przez Udzielającego zamówienia w SWKO.
6. 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.
7. Uważam się związanym ofertą na czas wskazany w SWKO.
8. 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:

a) 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.;

1. 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,
2. 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;
3. 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);
4. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie będą przechowywane przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej zgodnie z przepisami ustawy o archiwach i narodowym zasobie archiwalnym.
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
7. dane osobowe personelu będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
8. personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich 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.

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

**IV. ZAŁĄCZNIKAMI DO OFERTY SĄ:**

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

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

 Załącznik nr 2 do SWKO

……………………………………..………

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

* 1. Oświadczam, że posiadam:
* umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych w ramach niniejszej umowy usług w której suma gwarancyjna wynosić będzie nie mniej niż suma wymagana dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy na dzień podpisania umowy),
* oświadczam, że każdy z członów Personelu posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności leczniczej (zobowiązuję się do przedłożenia kopii polis na dzień podpisania umowy),
* aktualne zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawione przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych,
* aktualne zaświadczenia o odbyciu szkolenia BHP,
* pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

2. Zobowiązuję się do przedłożenia przedmiotowych dokumentów (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) najpóźniej w dniu podpisania umowy.

3. Zobowiązuję się bez ważności przy każdorazowej zmianie stanu prawnego w/w dokumentów w ramach umowy dostarczyć Udzielającemu zamówienie komplet aktualnych dokumentów.

4. Oświadczam, że wszystkie dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty, stanem prawnym i faktycznym.

5. Oświadczam, że wszystkie dane wskazane przeze mnie w ofercie są zgodne z prawdą.

6. Oświadczam, że wszystkie dokumenty, które zostały złożone w kopii są zgodne z oryginałem.

7. Oświadczam, że personel przeze mnie zatrudniony nie pozostaje w stosunku pracy z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. St. Rybickiego w Skierniewicach lub zobowiązuję się do rozwiązania stosunku pracy pomiędzy personelem przeze mnie zatrudnionym a Udzielającym zamówienia lub przekazać wykaz w/w personelu.

 ………………………………………

 Data i podpis Oferenta