**WSZ.DAT.SZP.042.1. 17/2023 Załącznik nr 1 do SWKO**

FORMULARZ OFERTOWY

OFERTA

**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. | Adres e-mail |  |
| 6. | Numer rejestru sądowego KRS |  |
| 7. | Nazwa i siedziba sądu |  |
| 8. | Numer rejestru podmiotów leczniczych |  |
| 9. | Nazwa organu prowadzącego rejestr |  |
| 10. | Numer NIP |  |
| 11. | Numer REGON |  |
| 12. | Imię i nazwisko oraz nr tel. osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad realizacją świadczeń zdrowotnych |  |
| 13. | Numer konta bankowego wraz z siedzibą banku |  |

# II. OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH:

1. Zobowiązuje się świadczyć usługi medyczne w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach zgodnie z warunkami konkursu opisanymi w SWKO.
2. Przewidywana łączna wartość przedmiotu zamówienia w okresie realizacji umowy tj. 24 miesiące wyniesie:

**…………………. %** wartości kontraktu zawartego z NFZ (nie więcej niż 67%).

1. Warunki płatności: Przelewem ………….. dni (nie mniej niż 30 dni).
2. **DZIERŻAWA POMIESZCZEŃ** (stawka minimalna: nie mniej niż 30,00 zł netto; 36,90 zł brutto)

4.1 Oferuję stawkę dzierżawy za 1 m² dzierżawionej powierzchni w kwocie:

netto: ………………. zł/ 1 m² 1 ; brutto: …………….. zł/1 m², VAT ………… %

4.2 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.

W przypadku, jeżeli oferent zaproponuje stawki wyższe niż 67% wartości realizowanych usług i/lub niższą stawkę za dzierżawę niż 36,90 zł brutto/m2, stanowi to niezgodność z warunkami SWKO i spowoduje odrzucenie oferty, chyba że oferent wyrazi w trakcie negocjacji zgodę na obniżenie ceny.

5. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy 24 miesięcy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**III. OFERENT OŚWIADCZA IŻ:**

* 1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
  2. 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.
  3. Oświadczam, że jestem gotów do prowadzenia negocjacji z Udzielającym zamówienia w celu ustalenia wartości zamówienia.
  4. 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.
  5. Spełniam wszystkie warunki formalno- prawne do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego Konkursu zgodnie z obowiązującym stanem prawnym na dzień składania ofert.
  6. Oświadczam, że personel zatrudniony przeze mnie do świadczenia usług będących przedmiotem postępowania posiada aktualne zaświadczenia o szkoleniach bhp,
  7. Oświadczam, że personel zatrudniony przeze mnie do świadczenia usług będących przedmiotem postępowania posiada aktualne zaświadczenia lekarskie -badań profilaktycznych,
  8. Oświadczam, że personel zatrudniony przeze mnie do świadczenia usług będących przedmiotem postępowania posiada aktualne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia związanego z ochroną radiologiczną- jeżeli dotyczy\*.
  9. 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.
  10. Zapoznałem się z projektami umów i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zobowiązuję się do ich podpisania na warunkach określonych w tych projektach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
  11. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
  12. 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.
  13. 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.
  14. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
  15. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …………….. obejmującą Usługi świadczone przez zgłoszony personel (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość …………………… na dzień podpisania umowy)\*
  16. 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 2016 r. 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 osobowych Przyjmującego zamówienie jest Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1, 96 – 100 Skierniewice;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@wsz-skier.pl](mailto:iod@wsz-skier.pl).
3. administrator będzie przetwarzał dane osobowe personelu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b , c 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)

**\*ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:**

1. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z istotnymi postanowieniami umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania jego oferty (**Załącznik nr 1 do SWKO**),
2. kopia wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych,
3. kopia wpisu do KRS,
4. potwierdzenie zawarcia aktualnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, odpowiadające wymaganiom określonym w umowie tj. polisy oraz potwierdzenie opłacenia należnych składek albo oświadczenie, że przed rozpoczęciem świadczenia usług, takie polisy dostarczy i będzie ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy,
5. wykaz personelu medycznego wraz z kwalifikacjami,
6. Harmonogram czasu pracy poradni,
7. *pełnomocnictwo- jeżeli dotyczy.*

*\*-niepotrzebne skreślić*