

Gostynin, dnia

**Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych
Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego
w Gostyninie
ul. Zalesie 1
09-500 Gostynin**

OFERTA

O udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego Zamówienia w zakresie leczenia szpitalnego

.....

(wpisać nazwę miejsca udzielania świadczeń)

realizowanych:

- w podstawowych godzinach ordynacji i w czasie dyżuru medycznego
- w czasie dyżuru medycznego

1. Dane Oferenta:

.....

nazwa oferenta

.....

Adres siedziby działalności oferenta :.....

.....

Adres do korespondencji jeśli jest inny niż adres działalności:.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

E-mail.....

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych (w miesiącu):

- w podstawowych godzinach ordynacji (pracy) w dni powszednie.....
- liczba dyżurów w dni powszednie.....
- liczba dyżurów w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy

3. Okres na jaki została złożona oferta

4. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

za udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję cenę brutto:

- w podstawowych godzinach ordynacji (pracy) w dni powszednie..... zł
- w czasie dyżuru medycznego w dni powszednie..... zł
- w czasie dyżuru w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy

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

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla oferenta

1. Uwierzytelnienie (potwierdzenie zgodności z oryginałem) przez Oferenta lub osoby uprawnionej, kserokopie dokumentów lub ich oryginały, potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarz, tj.:

- 1) prawo wykonywania zawodu lekarza,
- 2) dyplom lekarza,
- 3) dyplom uzyskania specjalizacji,
- 4) dyplom uzyskania stopnia / tytułu naukowego, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycia fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania,
- 5) dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji w danej dziedzinie medycyny.

2. Potwierdzone przez Oferenta dokumenty określające status prawny oferenta, tj.:

1) wydruk z księgi rejestrowej potwierdzający wpis indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

2) zaświadczenie, w formie wydruku z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP, o wpisie indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego do ewidencji działalności gospodarczej.

3. Potwierdzona przez Oferenta za zgodność, obowiązkowa polisa OC dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna / indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska (minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń – zgonie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r.(Dz. U. z 2021 r. poz.1625).

4. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

5. Inne dokumenty, w tym:

- 1) zaświadczenie lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na właściwym stanowisku, zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 2) aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych (zaświadczenie wydane przez lekarza profilaktyka lub wpis w książeczce dla celów sanitarno-epidemiologicznych),
- 3) zaświadczenie o odbytych szkoleniu okresowym BHP.

Dokumenty, wymienione w pkt 5 będą wymagane do przedłożenia, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.

6. Inne zaświadczenia potwierdzające uprawnienia do wykonywania czynności określonego rodzaju, wynikające z przepisów prawnych, np. zaświadczenie o odbyciu corocznego szkolenia z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w standardzie BLS.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem pracy Komisji Konkursowej.
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości

(Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy).

Oświadczenie oferenta dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych, wg RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie ul. Zalesie 1, 09-500 Gostynin – administratora danych, w celu uczestnictwa w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych i w okresie obowiązywania umowy kontraktowej, po roz-

patrzeniu oferty, (art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej – (j.t. Dz. U z 2023 r., poz. 991 ze zm.).

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one aktualne, zgodne ze stanem faktycznym i potwierdzają je dokumenty złożone do konkursu.

3. Potwierdzam zapoznanie się z treścią informacji o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych (jak w pkt 1) oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, zgodnie z poniższym brzmieniem:

1) Wszelkie pytania związane z przetwarzaniem danych osobowych należy kierować do Inspektora Ochrony Danych, tel. 24 2360023 adres e-mail: m.malczewski@spzoz-zalesie.pl

2) Mam prawo do:

- żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- wycofania wyrażonej zgody z tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody może być zrealizowane w formie pisemnego oświadczenia lub drogą e-mailową na adres: m.malczewski@spzoz-zalesie.pl

.....

podpis Oferenta i pieczęć