Załącznik Nr I do MIISZWKO

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez osoby wykonujące zawód lekarza**

1. Niniejszy formularz traktowany jest jako wzór i winien być wypełniony, podpisany i opieczętowany.
2. Oferent winien podać wszystkie dane wymagane w niniejszym formularzu oferty poprzez wypełnienie rubryk. Oferent powinien ponadto załączyć do niniejszej oferty wszystkie załączniki o których mowa w MIiSZWKO.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, opatrzone datą.
4. Każda strona oferty powinna zostać parafowana przez Oferenta.

**DANE O OFERENCIE:**

1. Pełna nazwa(firma) lub imię i nazwisko Oferenta.

...........................................................................................................................................................................

2. Siedziba i adres Oferenta.

...........................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

3. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i oznaczenie organu dokonującego wpisu Oferenta.

.......................................................................................................................................................................

Pesel ………………………………………

NIP…………………………………………REGON………………………………………….

4. Minimalna liczba osób, którzy będą wykonywać przedmiot konkursu ofert.

……………………………………………………………………………………………..

............................ dnia ....................2019 r. ............................................................

 pieczęć i podpis Oferenta

* 1. **Kwalifikacje zawodowe OFERENTA:**

**……………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………..**

Data, pieczęć i podpis OFERENTA

 ……………………………………………………

**1. Oferowana cena jednostkowa za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**:

Proponowana przez OFERENTA cena jednostkowa brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

…………………(słownie………………………………………………) w dni powszednie ,

……………………( słownie……………………………………………..) soboty, niedziele i święta

2) Ilość godzin w miesiącu na udzielanie świadczeń zdrowotnych oferowane przez Oferenta

……………………………………………………………………………………………

Załącznik nr 1 do oferty

 **OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz Materiałami Informacyjnymi i Szczegółowymi Warunkami konkursu ofert wraz z Załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Posiadam wszystkie informacje konieczne do złożenia pełnej i ostatecznej oferty konkursowej.
3. Uważam się związany/związana ofertą na okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
4. Wszystkie złożone przeze mnie dokumenty lub ich kopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń co do składu Komisji Konkursowej.
6. W ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę/ będę świadczył usługi dla ludności
7. Samodzielnie rozliczam się / będę się rozliczał z Urzędem Skarbowym i ZUS.

**Ponadto oświadczam ,że:**

1) spełniam wymogi określone przepisami prawa, określone w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz określone przez NFZ,

2) nie jestem zawieszona/y ani ograniczona/y w prawie wykonywania zawodu , nie byłam/ byłem karany/a za przestępstwo ani inne czyny, a także nie byłam/byłem karany za czyny pozostające w związku z wykonywanym zawodem.

**Zobowiązuję się do:**

1. udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert przy wykorzystaniu: pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

2. Udzielenia świadczeń zdrowotnych zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie, z harmonogramem pracy ustalonym z Udzielającym zamówienia,

 data, podpis i pieczęć Oferenta

 ………………………

**Do niniejszej oferty załączam:**

1. Kserokopia zaświadczenia wydanego przez Okręgową Izbę Lekarską o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopia dyplomu ukończenia Akademii Medycznej.
5. Kserokopia dyplomów posiadanych specjalizacji lub zaświadczenie od kierownika specjalizacji o odpowiednich kwalifikacjach do udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
7. Zaświadczenie o aktualnych badaniach profilaktycznych.

 **Klauzula informacyjna dla Oferenta**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, dalej jako Rozporządzenie) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach ul. Bema 1,24-100 Puławy

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – odo@szpitalpulawy.pl

3) Pani Pana dane przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego konkursu ofert na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby fizyczne lub prawne, organy publiczne lub inne podmioty, którym administrator je ujawnia do celów wynikających w związku z prawnie uzasadnionymi interesami realizowanymi przez administratora

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres konkursu ofert, w pozostałych przypadkach do ustania przyczyn biznesowych oraz do momentu odwołania zgody

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Data i Podpis Oferenta

 ………………………………