Załącznik Nr I do MIISZWKO

**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego i SOR z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza koordynującego w ZRM i SOR .**

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 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) Oferenta.

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

2. Siedziba i adres Oferenta.

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

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

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

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

PESEL ..................................................................................

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

NR TELEFONU KONTAKOWEGO…………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………..

............................ dnia ....................2021 r. ............................................................

pieczęć i podpis Oferenta

**1. Oferta cenowa za udzielania świadczeń zdrowotnych**:

**1) Świadczenia zdrowotne udzielane w zespołach ZRM w Puławach, Nałęczowie, Rykach**

**dni powszednie, soboty, niedziele**

a)stawka za jedną godzinę …………………zł słownie………………………………….

**2) Świadczenia zdrowotne udzielane w SOR**

a) stawka za 1 godzinę …………………zł słownie ……………………………………

**3) stała Ordynacja za koordynowanie i nadzór nad organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w ZRM i SOR.**

**a) ………………………………………………………………………………………..**

**b)……………………………………………………………………………………….**

**2. Proponowana minimalna ilość godzin w miesiącu udzielania świadczeń zdrowotnych.**

………………………………………………………………………………………..

**data , podpis 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 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. Nie wnoszę zastrzeżeń co do zapisów umowy przedstawionej jako załącznik do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków konkursu ofert i zobowiązuję się do jej podpisania, jeżeli moja oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą.
5. Wszystkie złożone przeze mnie dokumenty lub ich kopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń co do składu Komisji Konkursowej.
7. W ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę/ będę świadczył usługi dla ludności
8. 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,

9) 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 Oferenta**

………………………

**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](mailto: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 przez okres 20 lat od ustania współpracy na podstawie łączącej Umowy Głównej 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, podpis Oferenta**

**………………………….**

**Do niniejszej oferty załączam:**

1. Kserokopię 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. Kserokopię prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopię dyplomu ukończenia Akademii Medycznej.
5. Kserokopię dyplomów posiadanych specjalizacji.
6. Kserokopię polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarza.
7. Inne (kursy, szkolenia BHP , badania profilaktyczne)

data, podpis Oferenta ………………………………………………………..