**Załącznik nr 1**

**do Szczegółowych warunków konkursu ofert**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie sp. z o.o.**

Goleniów , dnia .......................................

Pieczęć Oferenta

**Szpitalne Centrum Medyczne**

**w Goleniowie sp. z o.o.**

**ul. Nowogardzka 2**

**72-100 Goleniów**

**Formularz Ofertowy**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

1. **Dane identyfikacyjne Oferenta:**
2. Nazwisko .........................................................................................................................
3. Imiona ..........................................................................................................................
4. Adres zamieszkania ..........................................................................................................
5. Nazwa wykonywanej praktyki ........................................................................................
6. Siedziba praktyki (adres) .................................................................................................
7. Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby ……………….....................................................
8. Nr wpisu w Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru .............................................
9. NIP ..................................................................................................................................
10. Regon ...............................................................................................................................
11. Telefon kontaktowy ......................................................................................
12. Email…………………………………………………………………
13. **Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty**

**Zakres świadczeń: udzielanie świadczeń zdrowotnych jako pielęgniarka i pielęgniarka zarządzająca w Oddziale szpitalnym………………………… (dotyczy: o. pediatryczny, o noworodkowy, o. chirurgiczny, OIOM, ZOL, o. internistyczny)/ lub Izbie Przyjęć – ( z wyłączeniem oddziału położniczo-ginekologicznego i bloku operacyjnego) - (kod CPV 85141200-1 usługi świadczone przez pielęgniarki)**

1. Opis kompetencji:
2. Tytuł zawodowy ............................................................................................................
3. Nr prawa wykonywania zawodu .....................................................................................
4. Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/ szkoły...................................................................................................................
5. Posiadana specjalizacja:
6. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
7. stopień specjalizacji .....................................................................................................
8. nr dyplomu ...................................................................................................................
9. W trakcie specjalizacji:
10. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
11. rok trwania specjalizacji .............................................................................................
12. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem) ...............................................
13. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ………… letnie doświadczenie zawodowe.
14. **Miejsce udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi\*\*:**

Świadczenia wykonywane będą

⁪ w lokalu

⁪ poza lokalem

1. **Oferta cenowa:**
2. …….. zł brutto (słownie:……………………………..……) za dzień w zakresie pełnienia obowiązków pielęgniarki zarządzającej w godzinach od 07:00 do godziny 14:35,
3. …….. zł brutto (słownie:……………………………..……) za godzinę za zrealizowane świadczenia zdrowotne podczas dyżuru w dni robocze, sobotę, niedzielę i dni świąteczne (wykonane usługi).

w zakresie kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam …………………… letnie doświadczenie zawodowe.
2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (niezbędne uprawnienia, wykształcenie, specjalizacje, dodatkowe uprawnienia instruktorskie, odbyte szkolenia zawodowe, ukończone kursy specjalistyczne): ……………………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................................................................................
3. W ramach kryterium dostępność w zakresie **realizacji przedmiotu zamówienia** zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
4. tylko w dni powszednie (poniedziałek – piątek) - ……,
5. dni powszednie i weekendy - …….,
6. dni powszednie, sobotę, niedzielę i dni świąteczne - ……,
7. W ramach kryterium ciągłość w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
8. do 3 dni w każdym tygodniu – …
9. do 5 dni w każdym tygodniu – …
10. od 7 dni w każdym tygodniu - …

Wybrane opcje w kryteriach „dostępność” i „ciągłość” nie mogą pozostawać ze sobą w sprzeczności.

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

1. **Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych**

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

1. **Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego** (należy załączyć do formularza ofertowego).
2. **Do Formularza Ofertowego należy dołączyć:\*\***
3. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje:

dyplom ukończenia studiów medycznych,

dyplom specjalizacji,

karta szkolenia specjalizacyjnego

prawo wykonywania zawodu,

dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),

1. kopie dokumentów rejestracyjnych:

wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,

wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru

1. zaświadczenie o nadaniu numeru Regon,
2. zaświadczenie o nadaniu numeru NIP,
3. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym

zakresie przepisami, lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy,

1. kopie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielana świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
2. nr rachunku bankowego zgodnie ze wzorem w **załączniku nr 2** do *Formularza Ofertowego*,
3. oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 5 ust. 10 *Szczegółowych warunków*,
4. wzór podpisu oraz paraf osoby podpisującej formularz ofertowy i ofertę – stanowiący **załącznik nr 3** do *Formularza Ofertowego*.
5. Oświadczenie Oferenta (Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych), który udzielać będzie świadczeń zdrowotnych, że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy stanowiący **załącznik nr 4** do *Formularza Ofertowego.*

*\*zaznaczyć właściwe*

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

**Podpis Oferenta**

**Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego**

Dane Oferenta:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

**Oświadczenie Oferenta**

**Oświadczam, że jako oferent:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, określonych przez Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.,
2. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą,
3. posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami/zawrę w/w umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy\*;
4. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
5. nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i w terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienie,
6. sam/a rozliczam się z urzędem skarbowym,
7. zgłosiłem /łam swoja działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

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

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis)

\*niepotrzebne skreślić

***Załącznik nr 2 do Formularza ofertowego***

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

Miejscowość, data

Dane Oferenta:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

**Wniosek w sprawie rachunku bankowego:**

Wnoszę o wpisanie nr rachunku bankowego do przyszłej umowy:

Zakres świadczeń: udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako pielęgniarka i pielęgniarka zarządzająca w Oddziale Szpitalnym…………………….. (dotyczy: o. pediatryczny, o noworodkowy, o. chirurgiczny, OIOM, ZOL, o. internistyczny)/ lub Izbie Przyjęć – ( z wyłączeniem oddziału położniczo-ginekologicznego i bloku operacyjnego) -(kod CPV 85141200-1 usługi świadczone przez pielęgniarki)

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

Podpis/y i pieczęć oferenta ………………………

**Załącznik nr 3 do Formularza ofertowego**

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

Miejscowość, data

Dane Oferenta:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

**Wzór podpisu i paraf osoby podpisującej formularz ofertowy i ofertę**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czytelnie imię i nazwisko** |  |
| **Podpis/ Parafa** |  |
| **Pieczątka** |  |

**Załącznik nr 4 do Formularza ofertowego**

Dane Oferenta:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

**Klauzula informacyjna dla oferenta w postępowaniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie spółka z o.o. z siedzibą Goleniowie ul. Nowogardzka 2

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którą można kontaktować się pod adresem iodo@szpitalgoleniow.pl

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o przepisy ustawy o działalności leczniczej z 15.04.2011 r. oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27.08.2004 r.

Państwa dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia PE 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 (dalej RODO) w celu przeprowadzenia postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych jako pielęgniarka i pielęgniarka zarządzająca w Oddziale Szpitalnym …………………/(dotyczy: o. pediatryczny, o noworodkowy, o. chirurgiczny, OIOM, ZOL, o. internistyczny)/lub Izbie Przyjęć – ( z wyłączeniem oddziału położniczo-ginekologicznego i bloku operacyjnego) na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

Obowiązek podania danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podanie danych jest niezbędne do wzięcia udziału w przedmiotowym postępowaniu a konsekwencje ich niepodania wynikają z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do archiwizowania dokumentacji w związku z postępowaniem na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Każdej osobie przysługuje prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zapoznałam/em się z powyższą informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w wyżej określonym celu i sposób:

……………………………………………

(data i podpis Oferenta)

[[1]](#footnote-1)

1. Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania i wyboru oferenta, ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

   2 Z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO; Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego [↑](#footnote-ref-1)