**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. Wpis CEIDG 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 w **Poradni chirurgicznej / lub / Poradni położniczo-ginekologicznej/ lub/Pracowni endoskopowej (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 godzinę.

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 lub w sobotę- …….,
6. dni powszednie oraz sobotę - ……,
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 6 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,

zaświadczenie o dokonaniu wpisu do 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 Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako pielęgniarka w **Poradni chirurgicznej / lub / Poradni położniczo-ginekologicznej/ lub/Poradni endoskopowej** (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**

1. Administrator Danych Osobowych:

Administratorem Państwa Danych jest Szpitalne Centrum Medyczne z siedzibą w Goleniowie, ul. Nowogardzka 2, 72-100 Goleniów.

2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

Sprawami ochrony danych osobowych zajmuje się u nas Inspektor Ochrony Danych - dr Marlena Płonka, która dostępna jest pod adresem: iod@szpitalgoleniow.pl i w siedzibie Administratora.

3) Cele przetwarzania danych osobowych:

Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym dla udostępniania dokumentacji dotyczącej prowadzenia postępowań o udzielenie zamówień publicznych, w związku z postępowaniem o udzielenie niniejszego zamówienia publicznego - na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy Pzp;

4) Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:

• Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (podstawa prawna z art. 6 ust. 1 lit. c RODO);

• Przetwarzanie danych osobowych dotyczących wyroków skazujących i naruszeń prawa (podstawa prawna z art. 10 RODO);

• Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze.

5) Informacje o odbiorcach danych osobowych:

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 18 oraz art. 74 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych. Ponadto odbiorcami danych zawartych w dokumentach postępowania mogą być podmioty, z którymi administrator zawarł umowy lub porozumienie na korzystanie z udostępnianych przez nie systemów informatycznych, przy czym zakres przekazanych danych tym odbiorcom ograniczony jest do możliwości zapoznania się z tymi danymi w związku ze świadczeniem usług wsparcia technicznego i usuwania awarii. Odbiorców tych obowiązuje klauzula zachowania poufności pozyskanych w takich okolicznościach wszelkich danych, w tym danych osobowych.

6) Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:

Dane osobowe są przechowywane, zgodnie z art. 78 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy, jednak nie dłużej niż wynika to z obowiązku archiwizacji dokumentacji przez Zamawiającego.

7) Uprawnienia z art. 15-21 RODO:

Przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

- prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,

- prawo do sprostowania swoich danych osobowych (zgodnie z art. 76 ustawy Pzp skorzystanie przez osobę, której dane osobowe są przetwarzane, z uprawnienia do sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych, o którym mowa w art. 16 rozporządzenia 2016/679, nie może naruszać integralności protokołu postępowania oraz jego załączników,

- prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych, z wyjątkiem sytuacji określonych w przepisach prawa.

Prawa te można realizować bezpośrednio u Udzielającego Zamówienie.

8) Prawo do wniesienia skargi:

Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy o ochroni danych osobowych, w tym RODO.

9) Obowiązek podania danych:

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych.

10) Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

11) Informacja o ograniczeniach w realizacji praw określonych w art. 15, 16 i 18 RODO

Zamawiający informuje, iż w związku z:

a) art. 75 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych:

- w przypadku korzystania przez osobę, której dane osobowe są przetwarzane przez zamawiającego, z uprawnienia, o którym mowa w art. 15 RODO, zamawiający może żądać od osoby występującej z żądaniem wskazania dodatkowych informacji, mających na celu sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia;

b) art. 19 ust. 2 i 3 i art. 74 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych:

- skorzystanie przez osobę, której dane osobowe dotyczą z uprawnienia do sprostowania lub uzupełnienia, o którym mowa w art. 16 RODO, nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy w sprawie zamówienia publicznego w zakresie niezgodnym z ustawą;

- w postępowaniu o udzielenie zamówienia zgłoszenie żądania ograniczenia przetwarzania, o którym mowa w art. 18 RODO, nie ogranicza przetwarzania danych osobowych do czasu zakończenia tego postępowania;

- w przypadku, gdy wniesienie żądania dotyczącego prawa, o którym mowa w art. 18 ust. 1 RODO, spowoduje ograniczenie przetwarzania danych osobowych zawartych o udzielenie zamówienia zamawiający nie udostępnia tych danych, chyba, że zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO.

Zapoznałam/em się z powyższą informacją:

……………………………………………

(data i podpis Oferenta)

……………………, dnia ………………...

……………………………………………………..

………………………………………………………

……………………………………………………..

(dane Oferenta)

Oświadczenie Oferenta w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłam/em obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia publicznego.

……………………………………..……………………………

(data i podpis Oferenta)