**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 CIDG lub innego właściwego rejestru .............................................
9. NIP ..................................................................................................................................
10. Regon ...............................................................................................................................
11. Telefon kontaktowy .........................................................................................................
12. Email…………………………………………………………………………………….
13. **Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty**
14. Zakres świadczeń⁪ udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich jako lekarz i lekarz zarządzający w **Oddziale …………………………. oraz w Izbie Przyjęć** (kod CPV 85112200-2 Medyczne usługi lekarskie; 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie; 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne).
15. **Opis kompetencji:**
16. Tytuł zawodowy ............................................................................................................
17. Nr prawa wykonywania zawodu .....................................................................................
18. Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/ szkoły...................................................................................................................
19. Posiadana specjalizacja:
20. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
21. stopień specjalizacji .....................................................................................................
22. nr dyplomu ...................................................................................................................
23. W trakcie specjalizacji:
24. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
25. rok trwania specjalizacji .............................................................................................
26. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem) ...............................................
27. **Miejsce udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi\*\*:**

Świadczenia wykonywane będą

⁪ w lokalu

⁪ poza lokalem

1. **Oferta cenowa:**
2. …….. zł brutto (słownie: …………………) za dzień za zrealizowane świadczenia zdrowotne (wykonane usługi) w zakresie odpowiadającym podstawowej ordynacji od poniedziałku do piątku od godziny 08:00 do godziny 15:00,
3. **… zł** brutto (słownie:………………..) za godzinę za zrealizowane świadczenia zdrowotne (wykonane usługi) związane z pełnieniem dyżuru w dzień roboczy, od godziny 15:00 do godziny 08:00 dnia następnego,
4. **… zł** brutto (słownie:………………..) za godzinę za zrealizowane świadczenia zdrowotne (wykonane usługi) związane z pełnieniem dyżuru w sobotę, niedzielę lub dzień świąteczny, od godziny 08:00 do godziny 08:00dnia następnego.

W zakresie pozostałych kryteriów opisanych w SWKO (w kolejności: jakość, dostępność) oświadczam, iż

1. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (niezbędne uprawnienia, wykształcenie, specjalizacje, dodatkowe uprawnienia instruktorskie, odbyte szkolenia zawodowe, ukończone kursy specjalistyczne): …………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................................................................................
2. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
   * + 1. do 3 dni w jednym tygodniu – ……….
       2. pięć dni w jednym tygodniu – ……….
       3. siedem dni w tygodniu– ……….

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

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

Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do świadczenia usług medycznych podczas pełnienia dyżurów w dni robocze nie mniej niż ……….….. godzin miesięcznie

Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do świadczenia usług medycznych podczas pełnienia dyżurów w soboty, niedziele i dni świąteczne nie mniej niż ……….….. godzin miesięcznie.

**Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym** **Załącznik nr 1 do** ***Formularza Ofertowego*** (należy załączyć do formularza ofertowego).

1. **Do *Formularza Ofertowego* należy dołączyć:\*\***
2. 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 Lekarskiej– 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 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 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 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⁪ udzielenie świadczeń zdrowotnych jako lekarz i lekarz zarządzający w jednym z Oddziałów (położniczo-ginekologicznym, internistycznym, Izba Przyjęć, pediatryczny wraz z o. noworodkowym, intensywnej opieki medycznej wraz z blokiem operacyjnym, chirurgicznym, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy) i w Izbie Przyjęć (kod CPV 85112200-2 Medyczne usługi lekarskie; 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie; 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne).

\*\* zaznaczyć właściwe

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

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 z siedzibą w Goleniowie, ul. Nowogardzka 2, 72-100 Goleniów.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którą można kontaktować się pod adresem […mplonka@centrum.stargard.pl…………………………..](mailto:mplonka@centrum.stargard.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 przeprowadzana postępowania na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie podstawowej ordynacji oraz w ramach pełnienia dyżurów jako lekarz i lekarz zarządzający w jednym z Oddziałów (położniczo-ginekologicznym, internistycznym, Izba Przyjęć, pediatryczny wraz z o. noworodkowym, intensywnej opieki medycznej wraz z blokiem operacyjnym, chirurgicznym, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy) i w Izbie Przyjęć 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[[1]](#footnote-1), prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych[[2]](#footnote-2) 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. 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. [↑](#footnote-ref-1)
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-2)