**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 w **Oddziale Chirurgicznym oraz w Izbie Przyjęć** (kod CPV 85112200-2 Medyczne usługi lekarskie; 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie; 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne).**Opis kompetencji:**
15. Tytuł zawodowy ............................................................................................................
16. Nr prawa wykonywania zawodu .....................................................................................
17. Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/ szkoły...................................................................................................................
18. Posiadana specjalizacja:
19. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
20. stopień specjalizacji .....................................................................................................
21. nr dyplomu ...................................................................................................................
22. W trakcie specjalizacji:
23. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
24. rok trwania specjalizacji .............................................................................................
25. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem) ...............................................
26. **Miejsce udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi\*\*:**

Świadczenia wykonywane będą

⁪ w lokalu

⁪ poza lokalem

1. **Oferta cenowa:**
2. **… zł** brutto (słownie:………………..) za godzinę za zrealizowane świadczenia zdrowotne (wykonane usługi) .

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

1. Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

1. poniżej 5 lat doświadczenia – ………

2. 5 – 10 lat doświadczenia – ………...

3. powyżej 10 lat doświadczenia – …………..

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 każdym tygodniu – …………
			2. do 5 dni w każdym tygodniu – ………………
			3. do 7 dni w każdym tygodniu – ……………..
3. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):
	* + 1. tylko w dni powszednie (poniedziałek – piątek) – …….
			2. dni powszednie oraz w weekendy – ………
			3. dni powszednie oraz w sobotę niedzielę i dni świąteczne – …….

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 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*⁪** udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w **Oddziale Chirurgicznym 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**

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)