

OFERTA
na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usług lekarskich

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa, imię i nazwisko:

.....

2. Adres (oraz adres do korespondencji jeśli jest inny):

.....

3. Organ rejestrujący podmiot wykonujący działalność leczniczą:

.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu:

5. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji):

6. NIP

7. PESEL

8. REGON

9. Nr księgi Rejestrowej

10. Telefon, fax, mail:

11. Staż pracy

II. PRZEDMIOT OFERTY

Rodzaj i zakres oferowanego świadczenia	Cena jednostkowa za jeden punkt brutto/ stawka ryczałtowa za miesiąc/ inna*

*niepotrzebne skreślić

Deklaruję gotowość świadczenia usług zgodnie z proponowanym harmonogramem:

.....

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu, a także nie jestem ograniczony/a w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadaną specjalizacją.
4. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, jak również zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami prawnymi, w tym z zachowaniem przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych i BHP.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą wykonywane przeze mnie osobiście lub w ramach prowadzonej działalności gospodarczej poprzez zatrudnionych (bądź świadczących usługi na umowach cywilnych) lekarzy:.....
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
8. Zobowiązuję się do użytkowania otrzymanych od udzielającego zamówienia pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, leków, materiałów medycznych, preparatów diagnostycznych oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielania świadczenia zdrowotnego w sposób zgodny z prawem i zasadami używania tego sprzętu i urządzeń.
9. Posiadam polisę ubezpieczenia OC prowadzonej przeze mnie działalności leczniczej oraz zobowiązuję się do kontynuowania tego ubezpieczenia i niezwłocznego przedkładania uwierzytelnionej kserokopii polisy ubezpieczenia OC Udzielającemu zamówienia.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb realizacji postępowania konkursowego oraz umowy. Zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia zgody w każdym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na prawidłowość przetwarzania moich danych osobowych przed jej wycofaniem.
11. Zobowiązuję się do poddania kontroli przez Oddział Wojewódzki NFZ oraz Udzielającego zamówienia w zakresie wynikającym z realizacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia.
12. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
13. Akceptuję wymagania Udzielającego zamówienia.

IV. ZAŁĄCZNIKI (kserokopie)*:

1. Prawo wykonywania zawodu.
2. Dyplom ukończenia studiów.
3. Kopie pozostałych dokumentów kwalifikacyjnych (specjalizacje).
4. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub wydruk księgi rejestrowej (stacjonarna praktyka lekarska lub praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym)..
5. Polisa ubezpieczeniowa, zgodna z obowiązującymi przepisami.
6. Zaświadczenie – NIP, REGON, o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (dopuszcza się CEIDG).

.....
Data, podpis oferenta

*w przypadku podmiotów leczniczych zatrudniających lekarzy, należy przedstawić dokumenty tych lekarzy, którzy będą świadczyć usługi pacjentom Udzielającego zamówienia.

Zobowiązuję się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających dane umieszczone w formularzu oferty i SWKO.

.....
Data, podpis oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Izabelinie, przy ul. Tetmajera 3a
2. Jeśli ma Pani / Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Administratora, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani / Pan skontaktować się z Administratorem Pani / Pana danych osobowych za pomocą adresu spzoz@izabelin.pl, bądź korespondencyjnie na adres Administratora.
3. Administrator danych osobowych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym skontaktować się można pod adresem e-mail: iodspzozizabelin@gmail.com
4. Administrator przetwarza Pani / Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
5. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane są w celu / celach:
 - a. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze;
 - b. realizacji zawartych umów;
 - c. w pozostałych przypadkach Pani / Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
6. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 5 odbiorcami Pani / Pana danych osobowych mogą być: a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa; b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest SPZOZ Izabelin; c) podmioty, których uprawnienie do dostępu do danych osobowych wynika z obowiązujących przepisów.
7. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 5, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. W związku z przetwarzaniem Pani / Pana danych osobowych przysługują Pani / Panu następujące uprawnienia: a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych; b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne; c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy przepisy prawa na to pozwalają, e) prawo do przenoszenia danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki: - przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tą osobę, - przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany; f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki: - zaistnieją przyczyny związane z Pani / Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w ramach działalności prowadzonej przez Administratora, - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych.
9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługują Pani / Panu prawo do

przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

10. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu Pani / Pana danych osobowych, przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
11. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią / Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny. Jednak brak podania danych uniemożliwi realizację celu, w którym dane są przetwarzane. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
12. Pani / Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.