

OFERTA z dnia.....

na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez indywidualne/indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i podmioty lecznicze zatrudniające indywidualne/indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie dla pacjentów SPZZOZ w Płońsku w **Poradni Urazowo-Ortopedycznej w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu**

Wymagania wobec Świadczeniodawców:

lekarz z I/II/ stopniem specjalizacji lub z zakończonym szkoleniem specjalizacyjnym w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub podmiot zatrudniający lekarzy z I/II/ stopniem specjalizacji lub z zakończonym szkoleniem specjalizacyjnym w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu

1.DANE OFERENTA

Imię i nazwisko/Nazwa oferenta.....

PESEL/KRS.....

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

.....
.....

Adres siedziby firmy:

kod:.....

mięscowość:.....

ulica i numer domu:.....

numer telefonu:.....email:.....

Adres zamieszkania:

kod:.....

mięscowość:.....

ulica i numer domu:.....

numer

telefonu:.....email:.....

NR NIP.....

NR REGON.....

Specjalizacja w dziedzinie (stopień):.....

2.CENA I TERMINY ŚWIADCZENIA USŁUG:

dla oferentów świadczących usługi zdrowotne w Poradni Urazowo-Ortopedycznej w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu:

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę.....% za 1 pkt rozliczeniowy

Dyspozycyjność w miesiącu min. ... konsultacji.

Dyspozycyjność w soboty: TAK/NIE.

3.OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści oraz że dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
2. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że dopuszczam na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń a także możliwość zmiany bądź rozszerzenia grupy świadczeniobiorców objętych niniejszą umową.
4. Oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023.991).
5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
8. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
9. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
10. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
11. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
12. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
13. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

14. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego

4.ZAŁĄCZNIKI:

1. Wydruk aktualnego wpisu do KRS lub wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc,
2. Wykaz personelu wraz z danymi o dokumentach potwierdzających kwalifikacje (nr dyplomu, nr prawa wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacyjne, itp.) - nie dotyczy indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.
3. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
4. Kserokopie orzeczeń lekarskich lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy dla personelu wskazanego do udzielania świadczeń.
5. Kserokopie aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu bhp w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy dla personelu wskazanego do udzielania świadczeń.
6. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

.....
(podpis i pieczęć oferenta lub osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

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 jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku.
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 osobiście, za pomocą adresu e-mail: b.duch@obsługarodo.pl, bądź korespondencyjnie na adres Administratora.
3. Administrator danych osobowych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym skontaktować się można pod

adresem e-mail: b.duch@obslogarodo.pl.

4. Administrator przetwarza Pani / Pana dane osobowe na podstawie:

1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, a w szczególności w związku z:

- a) ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- b) ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- c) ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) art. 6 ust. 1 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;

3) art. 6 ust. 1 lit. e RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;

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 Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku.; 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), przysługuje Pani / Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność 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.