

OFERTA z dnia

na udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych

**w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym SPZZOZ w Płońsku w zakresie ortopedii i traumatologii
narządu ruchu**

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 :

6. NIP

7. PESEL/KRS

8. REGON

9. Nr księgi rejestrowej

10. Telefon, fax, mail:

11. Doświadczenie zawodowe oferenta w zakresie objętym postępowaniem konkursowym (w latach)

.....

12. Nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym w okresie bezpośrednio poprzedzającym złożenie oferty (w m-cach/latach)

.....

13. Potwierdzenie gotowości do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym:

a) w ilości do 1200 godz./miesięcznie;

b) w ilości 1200-1300 godz./miesięcznie

c) w ilości 1300-1400 godz./miesięcznie

II. PRZEDMIOT OFERTY

Zakres oferowanego świadczenia – **świadczenie lekarskich usług zdrowotnych w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym:**

Cena brutto.....złotych za 1 godzinę świadczeń w ordynacji dziennej.

Cena brutto.....złotych za 1 godzinę świadczeń w trybie dyżurowym.

Deklarowana liczba godzin miesięcznie (Oddział Urazowo-Ortopedyczny)

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) :

liczba lekarzy specjalistów -.....

liczba lekarzy w trakcie specjalizacji-.....

Dodatkowe oświadczenia i informacje mające wpływ na organizację Oddziału Urazowo-Ortopedycznego:

.....
.....
.....
.....
.....

III. OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” 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 zatrudniam personel medyczny/posiadam o kwalifikacjach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w ilości zapewniającej prawidłową realizację świadczeń. Lekarze zatrudnieni przeze mnie i skierowani do realizacji świadczeń w ramach umowy zawartej w niniejszym konkursie nie są pracownikami SPZZOZ w Płońsku
4. Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą w zakresie wymienionym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
5. Zobowiązuję się do posiadania dla wykazanego personelu/przeze mnie przez cały okres trwania umowy aktualnych orzeczeń lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz orzeczeń o celów sanitarno-epidemiologicznych.
6. Zobowiązuję się do posiadania dla wykazanego personelu/ przeze mnie przez cały okres trwania umowy aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp, a w przypadku usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnych zaświadczeń o szkoleniu bhp w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne.

7. Zobowiązuję się, przed rozpoczęciem świadczenia usług, do przedłożenia dla wykazanego personelu informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, a dla personelu posiadającego obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
8. Oświadczam, iż dysponuje własną odzieżą roboczą ochronną dla wykazanego personelu/dla mnie niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
9. Wyrażam zgodę na wykonywanie przez wskazany personel/ przeze mnie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie Udzielającego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
12. Oświadczam, że wskazany personel posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
13. Oświadczam, że wskazany personel posiada/ja posiadam co najmniej 5 lat doświadczenia w świadczeniu usług medycznych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
14. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
15. 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;
16. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego

IV.ZAŁĄCZNIKI:

1. Wydruk aktualnego wpisu do KRS / Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc,
3. Wykaz personelu wraz z danymi o dokumentach potwierdzających kwalifikacje (nr dyplomu, nr prawa wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacyjne, itp.).
4. 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. z 2023.991 t.j.) 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 pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy dla personelu wskazanego do udzielania świadczeń.

5. 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.
6. 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.

.....
Data i 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 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@obslogarodo.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 wymaganych 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.