

Wrocław, dnia

FORMULARZ OFERTY
ZAKRES I
do konkursu ogłoszonego w dniu.....

.....
.....
/dane Oferenta, dokładny adres/

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka -
Centrum Medycyny Ratunkowej

I. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych zamieszczonym na stronie internetowej, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy, nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń i oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na zasadach w nich określonych.
2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do świadczenia usług zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu i zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, ocenianą z uwzględnieniem specyfiki zawodu lekarza, a także zasad sztuki lekarskiej, określonych w przepisach szczególnych lub wynikających z praktyki lekarskiej lub tzw. dobrej praktyki medycznej obowiązujących w chwili wykonywania danej czynności.
3. Oświadczam, że zobowiązuję się do przedstawienia Udzielającemu Zamówienia kserokopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej najpóźniej w dniu zawarcia umowy. Kolejne polisy OC będą aktualizowane i dostarczane do Udzielającego Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie bez wezwania zamówienie pod rygorem rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
4. Oświadczam, że Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Oferenta, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Oświadczam, że w zakresie realizacji tej umowy będę we własnym zakresie rozliczać się z ZUS-em i Urzędem Skarbowym z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
6. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

KLAUZULA INFORMACYJNA (DANE OSOBOWE)

Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) moje dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 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) (Dz. Urz. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.), zwanym dalej RODO,
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław, KRS 0000040364, NIP 899 22 28 560, REGON: 006320384, zwany dalej Szpitalem;
- 3) Szpital wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpital-marciniak.home.pl

B
t

- 4) moje dane osobowe przetwarzane będą:
- a) w celu przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych) oraz w celu zawarcia w wyniku rozstrzygnięcia konkursu umowy i jej wykonania (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
 - b) w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Szpital, tj. udokumentowania należytego wykonania umowy przez Szpital, a także rozpatrywania i dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
 - c) w celu wypełnienia ciążącego na Szpitalu prawnego obowiązku archiwizowania dokumentacji (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
- 5) odbiorcami moich danych osobowych będą:
- a) podmioty, których uprawnienie do dostępu do ww. danych wynika z obowiązujących przepisów, w tym podmioty sprawujące funkcje nadzoru i kontroli nad realizacją zadań przez Szpital;
 - b) podmioty, którym Szpital powierzy przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartych umów (w tym podmioty serwisujące urządzenia Szpitala, w których przetwarzane są dane osobowe; podmioty dostarczające i utrzymujące oprogramowanie wykorzystywane przy działaniach związanych z przetwarzaniem danych osobowych);
 - c) firmy, za pośrednictwem których prowadzona jest przez Szpital korespondencja,
 - d) podmioty świadczące usługi doradczo-kontrolne na zlecenie Szpitala,
 - e) ubezpieczyciele,
 - f) banki,
 - g) Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia,
- 6) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny od przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych), a w przypadku wyboru mojej oferty, także przez okres wykonywania umowy oraz okres, w którym możliwe jest dochodzenie przez strony roszczeń wynikających z zawartej umowy; moje dane osobowe będą również przechowywane przez okres wynikający z obowiązujących Szpital regulacji z zakresu archiwizowania dokumentacji;
- 7) w granicach określonych przepisami prawa, w tym w szczególności RODO, mam prawo:
- a) dostępu do treści moich danych,
 - b) do sprostowania moich danych,
 - c) do żądania ograniczenia przetwarzania moich danych,
 - d) do przenoszenia moich danych,
 - e) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych,
 - f) do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jeżeli przetwarzanie danych odbywa się wyłącznie na podstawie mojej zgody, oraz
 - g) do żądania usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym);
- 8) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 9) podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do złożenia oferty w konkursie. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w konkursie;
- 10) moje dane nie są wykorzystywane przy zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji oraz nie podlegają profilowaniu;
- 11) moje dane nie będą przekazywane do państw trzecich (tj. poza Europejski Obszar Gospodarczy) ani udostępniane organizacjom międzynarodowym.

II. Proponowana cena brutto za udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w formie całodobowej wraz z udzielaniem świadczeń w Poradni Anestezjologicznej:

Deklaruję rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych od

- 1) Za realizację przedmiotu umowy w wymiarze do 143 h 59 min/ miesiąc:

w dni powszednie od poniedziałku do piątku od godz. 07:25 do godz. 07:25 - należność
w kwocie.....zł (słownie:.....) brutto za 1 godzinę udzielania
świadczeń zdrowotnych;

Deklaruję udzielanie świadczeń w wymiarze.....godzin średnio w miesiącu.

w soboty, niedziele i święta od godz. 07:25 do godz. 07:25 dnia następnego - należność
w kwocie.....zł (słownie:.....) brutto za
1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych;

Deklaruję udzielanie świadczeń w wymiarze.....godzin średnio w miesiącu.

- 2) Za realizację przedmiotu umowy w wymiarze powyżej 143 h 59 min/ miesiąc:

w dni powszednie od poniedziałku do piątku od godz. 07:25 do godz. 07:25 - należność
w kwocie.....zł (słownie:.....) brutto za 1 godzinę udzielania
świadczeń zdrowotnych;

Deklaruję udzielanie świadczeń w wymiarze.....godzin średnio w miesiącu.

w soboty, niedziele i święta od godz. 07:25 do godz. 07:25 dnia następnego - należność
w kwocie.....zł (słownie:.....) brutto za
1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych;

Deklaruję udzielanie świadczeń w wymiarze.....godzin średnio w miesiącu.

III. Załączniki (składane zakreślić):

1. kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia OC;
2. zaświadczenie lekarskie o spełnieniu wymagań zdrowotnych niezbędnych do wykonywania świadczeń;
3. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje (kopie: dyplomu ukończenia wyższej uczelni, posiadanych specjalizacji);
4. kserokopia nr prawa wykonywania zawodu;
5. kserokopię nadania numeru NIP;
6. kserokopię nadania numeru REGON;
7. kserokopię Informacji z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub informacji odpisu aktualnego z rejestru przedsiębiorców KRS;
8. kserokopia wpisu do rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich;
9. zaświadczenie ze szkolenia okresowego BHP;
10. certyfikat kursu Ochrony Radiologicznej Pacjenta (jeśli dotyczy);
11. pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....
pieczętka i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania oferenta

Zastępca Dyrektora
ds. Lecznictwa
lek. Jacek Kozłowski
specjalista

B +

