

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....  
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

**Formularz Ofertowy**  
**na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych**  
**w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii / Poradni Endokrynologicznej**  
**Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w:

**PAKIET I\*:**

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

**PAKIET II\*:**

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Endokrynologicznej

przez lekarza (wymienić rodzaj posiadanej specjalizacji):

.....

Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Do oferty dołączam uwierzytelnione kserokopie:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Dyplom ukończenia wyższych studiów medycznych.
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza.
6. Dyplom specjalizacyjny potwierdzający posiadanie specjalizacji lub zaświadczenie o zdanym egzaminie specjalizacyjnym.
7. Zezwolenie z Izb Lekarskich na prowadzenie praktyki lekarskiej.
8. Polisa OC.
9. Polisa NNW
10. Zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP.
11. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza.
12. Oświadczenie Oferenta o zachowanej ciągłości pracy w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.
13. Wypełniony formularzy ofertowy.
14. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
15. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach od 1,2,3,8,13,14 oraz listy lekarzy wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu

podmiot będzie miał zawarte umowy z lekarzami wykazanymi w ofercie, oświadczenie, że podmiot posiada wymagane dokumenty dotyczące uprawnień wykazanych lekarzy tj. numer prawa wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące posiadanych specjalizacji, dokumenty dotyczące badań lekarskich uprawniających do wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące ubezpieczenia, przeszkolenia bhp oraz oświadczeniem, że lekarze wykazani w ofercie posiadają ciągłość w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie \*\*:

**PAKIET I\*:**

..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii w wymiarze do ..... godzin miesięcznie.

**PAKIET II\*:**

.....% ceny jednostkowej z punkt opłacany i rozliczony przez NFZ w Poradni Endokrynologicznej w danym miesiącu w wymiarze do ..... pkt w miesiącu.

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od ..... do .....

Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Konkursu w dniach i godzinach uzgodnionych w drodze porozumienia Stron z Udzielającym Zamówienia.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej

*\* zaznaczyć / wypełnić właściwe pozycje*



## OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....  
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

### Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że lekarze, z którymi na dzień .....r. zawarę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej

### Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, adres e-mail: [sekretariat@szpital-chrzanow.pl](mailto:sekretariat@szpital-chrzanow.pl), tel.: 32 6247029. W Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo kontaktować, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, pod adresem e-mail: [iod@szpital-chrzanow.pl](mailto:iod@szpital-chrzanow.pl) lub przesyłając korespondencję na adres siedziby Administratora.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, zgodnie z Regulaminem Konkursu Ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO. w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy oraz realizacją związanych z tym obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi i kurierzy, banki w zakresie realizacji płatności, podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi niezbędne do wykonania zobowiązań nałożonych na niego przez przepisy prawa.

4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa, a w przypadku zawarcia umowy przez okres niezbędny do wykonania umowy, a po tym czasie przez okres i w zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego, a także przez okres i w zakresie niezbędnym dla zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i prawo do przenoszenia danych, o ile będą miały zastosowanie. Z praw powyższych może Pani/ Pan skorzystać składając odpowiedni wniosek: mailowo lub listownie do Inspektora Ochrony Danych na adres: e – mail: [iod@szpital-chrzanow.pl](mailto:iod@szpital-chrzanow.pl) lub adres korespondencyjny: Inspektor Ochrony Danych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16 , 32-500 Chrzanów lub osobiście w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne realizacji celów określonych w pkt. 3.
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej

