### Załącznik Nr 1

**F O R M U L A R Z O F E R T O W Y**

Udzielający Zamówienia:

**Przychodnia Nowiny SPZOZ**

**ul. Białe Zagłębie 32, 26-052 Nowiny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane Oferenta | | | |
| imię i nazwisko / nazwa podmiotu  adres zamieszkania / siedziby |  | | |
| adres zamieszkania / siedziby |  | | |
| adres do korespondencji |  | | |
| Numer telefonu/fax |  | Adres e-mail |  |
| NIP |  | REGON |  |
| Nr prawa wykonywania zawodu |  | PESEL |  |
| Nr księgi rejestrowej podmiotu leczniczego |  | | |
| Specjalizacja |  | | |

Przystępując do konkursu ofert na **udzielenie świadczeń zdrowotnych dot. porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej** składam ofertę zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert:

**OFERUJ**Ę wykonanie …........................godzin średniomiesięcznie w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj świadczenia zdrowotnego | Ilość godzin  w okresie obowiązywania umowy | Cena brutto  w zł/ 1 godzinę | Wartość brutto  w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Obsługa medyczna przez lekarza w **Podstawowej Opiece Zdrowotnej** |  |  |  |

**\* Oferent zobowiązany jest podać w kolumnie 3 ilość godzin w okresie 24 miesięcy**

**W cenie brutto uwzględniono wszelkie koszty związane z obsługą medyczną.**

Obsługa medyczna będzie polegała na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem posiadanej wiedzy medycznej oraz z uwzględnieniem organizacji pracy w Przychodni Nowiny SPZOZ według potrzeb, zgodnie z harmonogramem pracy. Miejscem udzielania usług jest siedziba Udzielającego Zamówienia.

**Oświadczenia Oferenta [[1]](#footnote-1)**

1. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o szczegółowych warunkach konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Akceptuję czas trwania umowy .
9. Świadczenia będą udzielane przez: …………………………………………………………………………………...
10. Oświadczam, że wobec mnie / wobec powyższych osób nie jest prowadzone postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej.
11. Oświadczam, że najpóźniej przed przystąpieniem do realizacji świadczeń zdrowotnych przedstawię aktualną książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych oraz aktualne badanie lekarskie potwierdzające zdolność do pracy na kontrakcie w Przychodni Nowiny SPZOZ oraz zaświadczenie o zaszczepieniu p/WZW typu B i aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu bhp.
12. Oświadczam , że przedłożę polisę OC zgodnie ustawą o działalności leczniczej.
13. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
14. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami lokalowymi, wyposażeniem w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środkami transportu i łączności znajdującymi się w Przychodni Nowiny SPZOZ.
15. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
16. Oświadczam, że umowę będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ.
17. Oświadczam, że kwalifikacje personelu wykonującego świadczenie zdrowotne są zgodne z wymaganiami określonymi przez NFZ.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego zgodnie z rozporządzeniem 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 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

……………………………, dnia …………..

Podpis oferenta:

…………………………………………..

Wraz z ofertą składam [[2]](#footnote-2):

1. poświadczone dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu personelu, który będzie realizować przedmiot zamówienia:
   1. prawo wykonywania zawodu,
   2. dyplom ukończenia szkoły,
   3. dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, itd.
2. aktualny odpis - wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
3. aktualne zaświadczenie lub aktualny odpis z rejestru prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską,
4. poświadczoną kserokopię polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy zgodnie z ustawą o działalności leczniczej
5. aktualne orzeczenie do celów sanitarno – epidemiologicznych osób udzielających świadczeń będących przedmiotem zamówienia
6. aktualne zaświadczenie lekarskie – badania profilaktyczne osób udzielających świadczeń będących przedmiotem zamówienia
7. aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu bhp osób udzielających świadczeń będących przedmiotem zamówienia
8. Oświadczenie stanowiące załącznik Nr 1a do formularza ofertowego
9. Oświadczenie stanowiące załącznik Nr 1b do formularza ofertowego
10. inne ..........................................................................................................................................................................................................................................................................

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

data i czytelny podpis Oferenta

**UWAGA:  
W przypadku wcześniejszego złożenia części wymaganych dokumentów w Przychodni Nowiny SPZOZ do innych postępowań konkursowych – można złożyć oświadczenie o wcześniejszym złożeniu tych dokumentów w Przychodni Nowiny SPZOZ ze wskazaniem terminu, w którym dokumenty te złożono oraz oświadczeniu o aktualności tych dokumentów.**

Załącznik Nr 1a

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

- nie jestem zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich.

- nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

- nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

Podpis Oferenta

……………………………………………...

**Oświadczam, że:**

1.Posiadam staż zawodowy związany z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem konkursu jako specjalista w dziedzinie ………………..………..wynoszący …………lat (na żądanie Udzielającego Zamówienia, zostaną okazane stosowne dokumenty).

2.Posiadam następujące dodatkowe kwalifikacje i umiejętności, potwierdzone certyfikatami lub dyplomami (w załączeniu):

………………………………

………………………………

………………………………

Podpis Oferenta

…………………………………….…………..

Załącznik Nr 1b

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

- wykonuje/nie wykonuję\* świadczeń medycznych będących przedmiotem umowy w innych podmiotach leczniczych na terenie powiatu kieleckiego korzystających ze środków publicznych.

W przypadku wykonywania świadczeń medycznych będących przedmiotem umowy w innych podmiotach leczniczych należy podać nawę (firmę) oraz siedzibę podmiotów leczniczych:

1)……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………

2)……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………

3)……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………

Podpis Oferenta

……………………………………..……..

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dla przedsiębiorców i innych podmiotów współpracujących z Przychodnią Nowiny SPZOZ w Nowinach, zgodnie z art. 13 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) zwanym RODO.

Podpis Oferenta

……………………………………………………..

**Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców i innych podmiotów współpracujących z Przychodnią Nowiny SPZOZ**

Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 13 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 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanym dalej RODO, Przychodnia Nowiny SPZOZ informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Przychodnia Nowiny SPZOZ

Ul. Białe Zagłębie 32

26-052 Nowiny

tel. 41 3475600

w imieniu którego działa p.o. Dyrektor.

1. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Przychodni Nowiny SPZOZ możliwy jest pod numerem telefonu 41 3475640 i adresem mailowym administracja@przychodnianowiny.pl
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia w celu realizacji umowy na wykonywanie usług medycznych.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Dane osobowe Pani/Pana będą przechowywane do chwili realizacji celu, do którego zostały zebrane, a następnie archiwizowane na zasadach określonych prawem.
5. Posiada Pani/Pan prawo do:

* żądania od administratora dostępu do danych osobowych,
* prawo ich sprostowania,
* usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

1. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
2. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.

Administrator

p.o. Dyrektor

Przychodni Nowiny SPZOZ

Dr n. med. Michał Piast

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. zaznaczyć [↑](#footnote-ref-2)