.....
miejscowość, data

OFERTA NA UDZIELANIE KOMPLEKOSWYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA RZECZ PACJENTÓW SPZZOZ w Pruszkowie w zakresie:

- **Specjalista Ginekolog – Położnik/lekarz w trakcie specjalizacji (ordynacja i/lub dyżury medyczne)**

I. DANE OFERENTA

Imię i Nazwisko / Nawa Oferenta

.....

Adres.....

Nr Regon ..... Numer NIP .....
Wpis do KRS pod nr ..... / wpis do CEIDG (właściwe zakreślić)
Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą pod numerem.....

Tel. kontaktowy: ..... e. mail: .....

II. KWALIFIKACJE ZAWODOWE

.....

.....

III. PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE

1) (wpisać zakres) .....
(wpisać kom.org.) .....
na rzecz SPZZOZ w Pruszkowie, zwanego dalej „UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIE" na zasadach określonych w SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT oraz umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem:
2. (wpisać datę od kiedy) .....

IV. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczególnymi warunkami konkursu ofert wraz z załącznikami, w tym ze wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści.
2. Oświadczam, że w cenie /stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienie w Oddziałach/Komórkach organizacyjnych wskazanych powyżej.
4. Prowadzi grupową/indywidualną praktykę lekarską* lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w zakresie wymienionym w szczegółowych warunkach konkursu *(*niewłaściwe skreślić)*
5. Zobowiązuje się do rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia – w pełnym zakresie z dniem zawarcia umowy.
6. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC.

7. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnych orzeczeń lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych w SPZZOZ w Pruszkowie (dotyczy personelu realizującego świadczenia w ramach zawartej umowy).
8. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – dotyczy personelu realizującego świadczenia w ramach zawartej umowy
9. Dysponuje własną odzieżą ochronną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
10. Wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie SPZZOZ w Pruszkowie.
11. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w ofercie dla celów postępowania konkursowego, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zgodnie klauzulą informacyjną dołączoną do mojej zgody.
12. Personel realizujący świadczenia w ramach zawartej umowy nie jest zatrudniony w SPZZOZ w Pruszkowie, w ramach umowy o pracę.
13. Akceptuje szczegółowe warunki konkursu ofert oraz warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienie dla potrzeb niniejszego konkursu i **oferuję wynagrodzenie oraz dyspozycyjność do realizacji świadczeń w ilość godzin** *(wpisać w odpowiednim miejscu tabeli)*:

	Rodzaj świadczeń	**Oddział/Dział** ***(proszę wpisać właściwe)***	**Deklarowana minimalna ilość godzin w miesiącu** (***nie mniej niż 48 godz.mies.)***	**Deklarowana maksymalna ilość godzin w miesiącu**	**Oferowana cena brutto za 1 godzinę świadczeń (w zł)**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1					

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji.

ZAŁĄCZNIKI (niewłaściwe skreślić):

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestrów: praktyk lekarskich, wpisu do CEIDG/KRS
2. Kserokopie dyplomów
3. Kserokopie prawa wykonywania zawodu
4. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy
5. Kserokopie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy.
6. Kserokopie aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetyczne- w tym zakresie.
7. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa zawodowe i umyślne – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy.
8. **Załącznik Nr 1-Oświadczenie**

Pieczęć i podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

W oparciu o art. 13 ust.1 i ust. 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, ul. Armii Krajowej 2/4 (dalej SPZZOZ). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu wskazanego wyżej. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@szpitalnawrzesinie.pl

Zakres stosowania:

Przetwarzanie danych osobowych w związku z przeprowadzeniem konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, na który złożyła Pani/Pan formularz ofertowy.

Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

1. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:
   1.1. zamiaru zawarcia umowy (art.6 ust. 1 lit. b RODO) poprzez złożenie formularza ofertowego przez Panią/Pana celem uczestnictwa w postępowaniu konkursowym, w tym również do kontaktu SPZZOZ z Panią/Panem w tej sprawie.

   1.2. Obowiązku wynikającego z przepisów prawa (art.6 ust. 1 lit.c RODO) tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.z 2020 poz. 295 tj.) i pozostałe przepisy, na podstawie których potwierdzane jest spełnienie wymagań i warunków udziału w konkursie oraz potwierdzane są kwalifikacje,

   1.3. Prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit.f RODO), którym jest ewentualne dochodzenie i obrona roszczeń.

2. Przetwarzane dane:

   2.1. Zakres danych, które będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konkursu obejmuje dane zawarte w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz w formularzu ofertowym.

3. Charakter przetwarzania danych osobowych:

   3.1. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób manualny, przez upoważnione do tego osoby oraz w sposób zautomatyzowany z użyciem przeznaczonych do tego systemów informatycznych,

   3.2. Przetwarzanie danych osobowych za pomocą systemów informatycznych nie będzie wykorzystywane w celu automatycznego podejmowania decyzji w sprawach indywidualnych,

   3.3. Zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych nie będzie polegało na profilowaniu, tj. działaniu polegającym na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania.

4. Okres przetwarzania danych osobowych:

   4.1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat do daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne SPZZOZ związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie z udokumentowaniem wyboru ofert konkursowych,

4.2. Okres przetwarzania danych może być przedłużony w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami, a po tym okresie, jedynie w przypadku i zakresie, w jakim będą wymagać tego przepisy prawa,

4.3. Po upływie okresu przetwarzania, dane są usuwane lub zanonimizowane.

5. Odbiorcy danych osobowych:

5.1. Odbiorcy danych osobowych to: podmioty uprawnione do kontroli działalności SPZZOZ, w tym zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzonych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organy samorządu zawodowego, podmioty świadczące obsługę prawną SPZZOZ oraz operatorzy telekomunikacyjni świadczący usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.

6. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej:

6.1. Dane osobowe Pani/Pana nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, to znaczy poza Europejski Obszar Gospodarczy (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Lichtenstein i Norwegia),

7. Prawa podmiotu danych osobowych:

7.1. Mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

7.2. Prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;

7.3. Prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

7.4. Prawo do usunięcia danych osobowych;

7.5. prawo do przenoszenia danych osobowych w zakresie przetwarzania zautomatyzowanego na podstawie umowy;

7.6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 warszawa)

(Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania konkursowego ani zmianą postanowień umowy)

8. Informacja o wymogu podania danych:

8.1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do uczestnictwa Pani/Pana w postępowaniu konkursowym w związku z zamiarem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w postępowaniu konkursowym i podjęcia działań związanych z zawarciem umowy.

Pieczęć i podpis Oferenta

.....

/pieczęć oferenta/

Oświadczenie Oferenta

1. Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu oraz projektem umowy.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach ZUS i US.
3. Zatrudniony personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszy konkursem.
4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu świadczeń (nie zlecam opisu badań zewnętrznej pracowni).
6. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
7. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
9. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, z zachowanie obowiązujących przepisów w tym zakresie.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 z dn. 04.05.2016 r., str 1 z póź.zm.)

.....

Data i podpis oferenta/~~pełnomocnika~~