..... dnia..... r.
(miejscowość)

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska – SP ZOZ
w Łodzi
ul. Sporna 19/23

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych -
Dział Orzecznictwa o Stanie Zdrowia

DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko…….

Nazwa podmiotu leczniczego ……..

……

PESEL …….

NIP ……

REGON ……..

Adres zamieszkania: ……

……

Telefon: …….. e-mail: ……..

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Dziale Orzecznictwa o Stanie Zdrowia w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej – Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łodzi w zakresie badań orzeczniczych.

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenia zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związany/a ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązują się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty*;
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych.

9. Oświadczam, ze wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych.

…….. ……..

(data) (podpis Oferenta)

OFERTA:

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w dniach/godzinach

poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota

Za realizację zamówienia oczekuję zapłaty według następującej kalkulacji:

1. Orzeczenia lekarskie wydane na podstawie badań wskazanych w załączniku Nr 1 do formularza ofertowego w cenie……(słownie……) brutto za jedno badanie
2. Orzeczenia psychologiczne wydane na podstawie badań wskazanych w załączniku Nr 1 do formularza ofertowego w cenie……(słownie……) brutto za jedno badanie
3. konsultacje specjalistyczne z zakresu medycyny pracy, badań dla kierowców (% w odniesieniu do aktualnie obowiązującego cennika konsultacji specjalistycznych u Udzielającego Zamówienie)

   ……..

Wskazane wyżej świadczenie zdrowotne udzielane będzie przy wykorzystaniu pomieszczenia, aparatury, sprzętu i materiałów medycznych Udzielającego zamówienia.

Szczegółowo zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz materiałów konkursowych i przyjmuję je w całości bez zastrzeżeń.

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

Proponuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres

.....

(pieczątka i podpis)

* niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI:

Do oferty załączam następujące dokumenty lub ich poświadczone kserokopie:

1. Kwalifikacji zawodowych:

a) Dyplom lekarza

b) Dyplom specjalizacji

c) Prawo wykonywania zawodu

2. Zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej
3. Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidulanych praktyk lekarskich
4. W przypadku jeżeli Oferent złożył w poprzednich postępowaniach dokumenty wymienione w pkt 1-3 składa oświadczenie zgodnie ze wzorem załącznik nr 2 do oferty.
5. Polisa obowiązkowego OC na czas udzielania świadczeń

Załącznik nr 1 do oferty

Wykaz badań orzeczniczych wykonywanych w WSPL SP ZOZ w Łodzi

1. Badania lekarskie i psychologiczne osób posiadających lub ubiegających się o wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej.
2. Badania lekarskie i psychologiczne osób występujących o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszających do rejestru broń pneumatyczną oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną.
   Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. Dz.U. 2015 poz.2210.
3. Badania lekarskie i psychologiczne osób posiadających lub ubiegających się o wpis na listę kwalifikowanych pracowników zabezpieczenia technicznego.
4. Badania psychiatryczne i psychologiczne osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na nabywanie oraz przechowywanie materiałów wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego.
5. Badania lekarskie i psychologiczne osób ubiegających się lub posiadających licencję detektywa.

Załącznik nr 2 do oferty

Dane Oferenta:

Nazwa: ……

adres: ……..

nr telefonu: ……

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

a) Dyplom lekarza

b) Dyplom specjalizacji

c) Prawo wykonywania zawodu

d) Zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej

e) Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidulanych praktyk lekarskich

zostały złożone u Udzielającego Zamówienie w toku poprzednich postępowań konkursowych, a stwierdzony w nich stan prawny i faktyczny nie uległ zmianie.

....

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka)

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. I 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 tzw. (RODO) informujemy, że:

1) administratorem danych osobowych osób składających oferty jest Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ w Łodzi, ul. Sporna 19/23, 91-738 Łódź
2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@wspl.lodz.pl
3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw nałożonych na administratora wynikających z art. 26, 27 ustawy o działalności leczniczej t. j. (Dz.U. z 2020 r poz. 295.)
4) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli przetwarzanie danych przez administratora narusza przepisy RODO;
5) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym przeprowadzanym w celu wyłonienia wykonawcy umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte konkursem. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest wykonanie obowiązku prawnego nałożonego na administratora polegającego na odrzuceniu oferty,; '"administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.