..... dnia..... r.
(miejscowość)

**Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska – SP ZOZ**
**w Łodzi**
**ul. Sporna 19/23**
**91-738 Łódź**

**Oferta**

**na udzielanie**

**świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

**……..…….…….**
**(podać zakres)**

**DANE OFERENTA:**

Imię i nazwisko…….…….

Adres zamieszkania: …….…….

Adres do korespondencji:……...

Telefon: ……e-mail: …….

PESEL……

Nr prawa wykonywania zawodu:……..

NIP/REGON……..……

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej – Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łodzi w poradni……

Świadczenia będę pełnić w ramach umowy (proszę zaznaczyć właściwe):

- □ kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)
- □ zlecenia

**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;

☐ wszystkie wymagane dokumenty, które złożyłem/am przy zawieraniu umów w poprzednich latach zachowują swoją aktualność i nie dołączam ich do 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. konsultacja w ramach realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (proponowany % wartości punktowej wypracowanej w ramach kontraktu zawartego przez Udzielającego Zamówienia z NFZ) .....……
2. konsultacja specjalistyczna wydana na podstawie badań wskazanych w załączniku 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert…….……
3. pozostałe konsultacje specjalistyczne, w tym 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.

Proponuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od……..….do…….

……..……
(pieczątka i podpis)

* właściwe zaznaczyć

**ZAŁĄCZNIKI**:

Do oferty załączam następujące dokumenty lub ich kserokopie:

a. wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
b. wpis do ewidencji działalności gospodarczej CEIDG,
c. dyplom ukończenia studiów medycznych,
d. dyplomy posiadanych specjalizacji kub karta specjalizacyjna,
e. dyplomy o posiadanych tytułach naukowych,
f. prawo wykonywania zawodu,
g. polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC na czas udzielania świadczeń.

## 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.