

....., dnia.....2022 r.

O F E R T A

na udzielenie zamówienia na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów stacjonarnych w „Nocnej i świątecznej podstawowej opiece zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, w części internistycznej i pediatrycznej.

NAZWA OFERENTA:

ADRES:

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU

SPECJALIZACJA / W TRAKCIE SPECJALIZACJI Z DZIEDZINY*

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ RPWDL

NIP..... REGON.....

Dane kontaktowe: nr tel., e-mail.....

☐ I. Niniejszym składam ofertę na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów stacjonarnych w „Nocnej i świątecznej podstawowej opiece zdrowotnej w **części internistycznej w siedzibie w Legnicy** i oferuję:

1. Dyżur w dni powszednie od godz. 18:00 – 8:00 (14 h) – zł za jedną godzinę dyżuru
średniomiesięczna liczba godz.
2. Dyżur w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta od godz. 8:00 – 8:00 (24 h) – zł
za jedną godzinę dyżuru
średniomiesięczna liczba godz.

☐ II. Niniejszym składam ofertę na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów stacjonarnych w „Nocnej i świątecznej podstawowej opiece zdrowotnej w **części pediatrycznej w siedzibie w Legnicy**” i oferuję:

1. Dyżur w dni powszednie od godz. 18:00 – 8:00 (14 h) – zł za jedną godzinę dyżuru
średniomiesięczna liczba godz.
2. Dyżur w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta od godz. 8:00 – 20 :00 (12h)
..... zł za jedną godzinę dyżuru
średniomiesięczna liczba godz.
3. Dyżur w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta od godz. 20:00 – 8:00 (12h)
..... zł za jedną godzinę dyżuru
średniomiesięczna liczba godz.

☐ III. Niniejszym składam ofertę na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów stacjonarnych w „Nocnej i świątecznej podstawowej opiece zdrowotnej w **części internistycznej w siedzibie w Chojnowie** i oferuję:

1. Dyżur w dni powszednie od godz. 18:00 – 8:00 (14 h) – zł za jedną godzinę dyżuru
średniomiesięczna liczba godz.
2. Dyżur w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta od godz. 8:00 – 8:00 (24 h) –
..... zł za jedną godzinę dyżuru

średniomiesięczna liczba godz.

3. Za jeden wyjazd do pacjenta własnym środkiem transportu w trakcie udzielania świadczeń w placówce w Chojnowie, niezależnie od liczby pacjentów wymagających wizyt w trakcie jednego transportu - zł brutto.

średniomiesięczna liczba wyjazdów

☐ IV. Niniejszym składam ofertę na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów stacjonarnych w „Nocnej i świątecznej podstawowej opiece zdrowotnej **części internistycznej w siedzibie w Legnicy i Chojnowie** i oferuję:

1. Dyżur w dni powszednie od godz. 18:00 – 8:00 (14 h) – zł za jedną godzinę dyżuru
średniomiesięczna liczba godz.

2. Dyżur w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta od godz. 8:00 – 8:00 (24 h) zł za jedną godzinę dyżuru

średniomiesięczna liczba godz.

3. Za jeden wyjazd do pacjenta własnym środkiem transportu w trakcie udzielania świadczeń w placówce w Chojnowie, niezależnie od liczby pacjentów wymagających wizyt w trakcie jednego transportu zł brutto.

średniomiesięczna liczba wyjazdów

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 27 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2023 roku na warunkach przedstawionych w projekcie umowy oraz w szczegółowych warunkach konkursu.

Ponadto oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich postanowień.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością godzin udzielania świadczeń uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę udzielania świadczeń.

Oświadczam, iż w przypadku przyjęcia mojej oferty zobowiązuję się do podpisania oświadczenia o zapoznaniu się i przestrzeganiu Kodeksu etyki oraz oświadczenia o poufności zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, polityką bezpieczeństwa, instrukcją zarządzania systemami informatycznymi obowiązującymi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

.....
podpis składającego ofertę

☒ zaznaczyć właściwy przedmiot oferty

Wykaz załączników do oferty:

1. wypełniony formularz ofertowy stanowiący Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 341 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 19 grudnia 2022 roku.
2. wypis z CEIDG/KRS,
3. aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 101 ustawy o działalności leczniczej lub zaświadczenie o dokonaniu wpisu do odpowiedniego rejestru.
4. dokumenty poświadczające wymagane kwalifikacje oferenta: prawo wykonywania zawodu, posiadane tytuły i/lub specjalizacje,
5. dokumenty poświadczające dodatkowe kwalifikacje oferenta: zaświadczenia potwierdzające odbyte kursy, szkolenia, w tym BHP, itp.,
6. umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą obejmującej okres najpóźniej od dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej lub pisemne zobowiązanie oferenta do jej zawarcia, przy czym obowiązek jej zawarcia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej,
7. aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych na określonym stanowisku wydane przez lekarza medycyny pracy,
8. oświadczenie oferenta o należyтым wykonywaniu świadczeń zdrowotnych oraz oświadczeń oferentów niezatrudnionych, zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy – załącznik nr 1 do formularza ofertowego,
9. oświadczenie oferenta o doświadczeniu zawodowym oferenta - załącznik nr 2 do formularza ofertowego,
10. oświadczenie oferenta o posiadaniu aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego dla celów sanitarno-epidemiologicznych lub aktualnej książeczki zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych- załącznik 3 do formularza ofertowego,
11. oświadczenie oferenta o złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami – załącznik nr 4 do formularza ofertowego,
12. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o ochronie danych – załącznik nr 5 do formularza ofertowego.

UWAGA:

W PRZYPADKU OFERENTÓW , KTÓRZY POSIADAJĄ AKTUALNĄ UMOWĘ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W LEGNICY NALEŻY DO OFERTY DOŁĄCZYĆ WYŁĄCZNIE DOKUMENTY / OŚWIADCZENIA OKREŚLONE W PKT 1 i 8 – 12 ORAZ TE, W KTÓRYCH DANE ULEGŁY ZMIANIE.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zobowiązuję się świadczyć usługi na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA DO KONKURSU OFERT NR K /NR/ 74/ 2022 dotyczy **oferentów niezatrudnionych** w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy

Oświadczam, iż nie pozostaję w stosunku pracy, zlecenia oraz w żadnym innym stosunku prawnym uzasadniającym objęcie mnie ubezpieczeniami społecznymi przez Udzielającego zamówienia oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania na piśmie o zmianach związanych ze świadczeniem usług na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy w tym również w ramach umów zawartych z innymi podmiotami, co mogłoby spowodować konieczność poniesienia przez Udzielającego zamówienie kosztów związanych z objęciem mnie ubezpieczeniami społecznymi zgodnie z powszechnie obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

W przypadku uchybienia w/w obowiązkom ponoszę pełną odpowiedzialność za ewentualne nieprawidłowości związane z odprowadzaniem składek oraz zobowiązuję się do zwrotu na rzecz Udzielającego zamówienie wszelkich kosztów z tym związanych, w tym również naprawienia szkody na zasadach ogólnych.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA DO KONKURSU OFERT NR K /NR /74/ 2022 dotyczy **oferentów zatrudnionych** w w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy wykonujących działalność na rzecz innych podmiotów

Oświadczam, iż w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy w ramach umowy o pracę wykonuję praktykę zawodową w ramach działalności gospodarczej również na rzecz innych podmiotów leczniczych/ pacjentów indywidualnych, co powoduje zbieg tytułów do ubezpieczeń społecznych.

W związku z powyższym wnoszę o nieoskładkowanie przychodów uzyskiwanych z tytułu zawarcia niniejszej umowy.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania na piśmie o zmianach związanych ze świadczeniem usług na rzecz innych podmiotów, co mogłoby spowodować konieczność poniesienia przez Udzielającego zamówienie kosztów związanych z objęciem mnie ubezpieczeniami społecznymi zgodnie z powszechnie obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

W przypadku uchybienia w/w obowiązkom, poniosę pełną odpowiedzialność za ewentualne nieprawidłowości związane z odprowadzaniem składek oraz zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Udzielającego zamówienie wszelkich kosztów z tym związanych, w tym również naprawienia szkody na zasadach ogólnych.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA DO KONKURSU OFERT NR K /NR /74/ 2022
dotyczy **oferentów zatrudnionych** w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy oraz
wykonujących działalność **wyłącznie** na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

Oświadczam, iż w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy w ramach umowy o pracę wykonuję praktykę zawodową w ramach działalności gospodarczej **wyłącznie** na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, co powoduje obowiązek objęcia mnie przez Udzielającego zamówienia ubezpieczeniami społecznymi jak pracownika w związku z jednoczesnym pozostawaniem w stosunku pracy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

W związku z powyższym jestem świadomy, iż przychody uzyskiwane z realizacji umowy kontraktowej podlegają oskładkowaniu ubezpieczeniami społecznymi i zostaną pomniejszone do wypłaty o wszelkie koszty z tym związane.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania na piśmie o zmianach związanych ze świadczeniem usług na rzecz innych podmiotów, co mogłoby spowodować konieczność zmiany zasad oskładkowania przychodów z umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W przypadku uchybienia w/w obowiązkom, poniosę pełną odpowiedzialność za ewentualne nieprawidłowości związane z odprowadzaniem składek oraz zobowiązuje się do zwrotu na rzecz Udzielającego zamówienie wszelkich kosztów z tym związanych, w tym również naprawienia szkody na zasadach ogólnych.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE
o doświadczeniu zawodowym oferenta

L.p.	Okres zatrudnienia /DD.MM.RR/	Miejsce zatrudnienia



Posiadam umowę nr na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

.....
podpis oferenta

*właściwe zaznaczyć

1. Oświadczenie o badaniu sanitarno - epidemiologicznym

Oświadczam, iż posiadam aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla celów sanitarno-epidemiologicznych* / książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych* i zobowiązuję się do przedstawienia dokumentu Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Legnicy na każde wezwanie.

.....
podpis oferenta

*

2. Oświadczenie o poddaniu się szczepieniu ochronnemu przeciwko COVID

W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021r. (Dz. U.2021,poz. 2398) zmieniającego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020r. W sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (tj: Dz. U. 2022, poz. 340) obowiązku szczepień przeciwko COVID-19

Oświadczam, iż poddałem się/poddałam się szczepieniu ochronnemu przeciwko COVID, którego efektem jest otrzymanie unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID.

.....
podpis oferenta

3. Oświadczenie

*

Oświadczam, że ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogę poddać się szczepieniu przeciwko COVID-19.

Uwaga:.....

.....
podpis oferenta

niewłaściwe skreślić*

Złożenie oświadczenia nr 2 i 3 jest dobrowolne

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż złożone przeze mnie kserokopie dokumentów są zgodne z treścią oryginałów.

.....
podpis oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA O OCHRONIE DANYCH

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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej jako „RODO” Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy informuje, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Iwaskiewicza 5, 59-220 Legnica, tel.: 76 72 11 000 (centrala telefoniczna).

2) Z inspektorem ochrony danych można się skontaktować poprzez adres e-mail: iod@szpital.legnica.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem.

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

- pozyskania oferty konkursowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.), ;

4) Co do zasady dane osobowe są przez Pana/Panią podawane w momencie przesłania oferty lub nawiązania komunikacji w związku z podjęciem działań przed zawarciem umowy z administratorem danych;

5) Do realizacji podanych celów będziemy przetwarzać Pana/Pani dane osobowe potrzebne do udzielenia zamówienia, w szczególności imię, nazwisko, dane teleadresowe, informacje o kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym [...]

6) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą: podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych. Odbiorcą danych mogą być także podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie administratora, w tym w szczególności dostawcy systemów IT - – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

7) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

8) Dane przetwarzane w związku z postępowaniem konkursowym będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia ewentualnych roszczeń.

9) Posiada Pani/Pan prawo:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa;
- do ograniczenia przetwarzania danych;
- do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w zakresie danych, które są przetwarzane na podstawie zgody;
- do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak bez podania przez Pana/Panią danych nie będziemy mogli uwzględnić przedstawionej oferty i zawrzeć umowy.

11) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....
podpis składającego ofertę