

....., dnia.....2018 r.

O F E R T A

na udzielenie zamówienia na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów stacjonarnych w Oddziale Neurologicznym i Pododdziale Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy.

NAZWA OFERENTA:

ADRES:

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ RPWDL

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

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

Niniejszym składam ofertę na udzielenie zamówienia na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów stacjonarnych w Oddziale Neurologicznym i Pododdziale Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy i oferuję:

1. Stawkę wynagrodzenia:

- dyżur w dni powszednie (16 h) – zł brutto
- dyżur w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta (24 h) – zł brutto

2. Średniomiesięczną liczbę dyżurów zwykłych/ świątecznych

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 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 liczbą dyżurów uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za udzielanie 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)

Wykaz załączników do oferty:

1. wypełniony formularz ofertowy stanowiący Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 128 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 22 maja 2018 roku.
2. wypis z CEIDG/KRS
3. aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 lub 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, szkolenia BHP, itp.,
6. umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie lub pisemne zobowiązanie oferenta do jej zawarcia, przy czym obowiązek jej zawarcia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej,
7. aktualną książeczka zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych osób udzielających świadczeń lub zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla celów sanitarno-epidemiologicznych.
8. aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych na określonym stanowisku/ w określonym zakresie wydane przez lekarza medycyny pracy,
9. oświadczenie oferenta o należyтым wykonywaniu świadczeń zdrowotnych – załącznik nr 1 do formularza ofertowego
10. oświadczenie oferenta o doświadczeniu zawodowym oferenta lub osób, którymi się posługuje - załącznik nr 2 do formularza ofertowego.
11. oświadczenie oferenta o złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami – załącznik nr 3 do formularza ofertowego.
12. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o ochronie danych – załącznik nr 4 do formularza ofertowego.

* Jeżeli ofertę składa podmiot wykonujący działalność leczniczą winien przedłożyć dokumenty wymagane w pkt 4,5,7,8

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
o doświadczeniu zawodowym oferenta lub osób, którymi się posługuje

➤ Posiadam doświadczenie zawodowe :*

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

➤ Dysponuję personelem medycznym posiadającym następujące doświadczenie zawodowe*

L.p.	Imię i Nazwisko	Okres zatrudnienia /DD.MM.RR/	Miejsce zatrudnienia	Stanowisko	Średnia miesięczna liczba godzin

.....
podpis oferent

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

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

.....
podpis oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA O OCHRONIE DANYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy informuje, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica;
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy - e-mail: iod@szpital.legnica.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu pozyskania oferty konkursowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą: Narodowy Fundusz Zdrowia lub podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od daty zakończenia umów;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo do przenoszenia danych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- 9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zawarcia i realizacji umowy.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....
podpis oferenta