

....., dnia.....2021 r.

### O F E R T A

na udzielenie zamówienia na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w następujących oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy:

1. Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Intensywnej Terapii Wcześnieńców, Noworodków i Dzieci
2. Oddział Otorinolaryngologiczny dla Dzieci i Poradnia Otorinolaryngologiczna
3. Poradnia Otorinolaryngologiczna
4. Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
5. Oddział Chirurgiczny Ogólny

NAZWA OFERENTA: .....

ADRES: .....

NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU .....

specjalizacja/ w trakcie specjalizacji .....

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ RPWDL .....

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

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

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... i oferuję:

#### **ZAKRES I - Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neonatologicznym z Pododdziałem Intensywnej Terapii Wcześnieńców, Noworodków i Dzieci**

Stawka godzinowa za jedną godzinę udzielania świadczeń: ..... zł brutto.

**Szacowana miesięczna liczba godzin – ..... godzin, w tym:**

- a) ..... godzin od 7.00 do 15.00
- b) .....godzin dyżuru w dni powszednie
- c) ..... godzin dyżuru w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta

#### **ZAKRES II – Kontrakt całonocny w Oddziale Otorinolaryngologicznym dla Dzieci i Poradni Otorinolaryngologicznej**

- 1) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji pracy oddziału .....**zł miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto,**
- 2) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Otorinolaryngologicznej – stawka wynagrodzenia ..... % wartości udzielonego w poradni świadczenia zgodnie z umową zawartą pomiędzy Udzielającym zamówienia a NFZ. Minimalna deklarowana miesięczna liczba pacjentów ambulatoryjnych – .....,
- 3) za pełnienie dyżurów stacjonarnych w oddziale w dni powszednie od godz. 15.00 do 7.00 oraz w dni wolne od pracy soboty, niedziele i święta od godz. 7.00 do 7.00 - ..... **zł brutto za 1 godzinę dyżuru**  
**Minimalna gwarantowana miesięczna liczba godzin – ..... godzin, w tym .....godziny dyżuru w dni powszednie oraz ..... godzin dyżuru w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta**

#### **ZAKRES III - Wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni**

### Otorynolaryngologicznej

Stawka wynagrodzenia ..... % wartości udzielonego w poradni świadczenia zgodnie z umową zawartą pomiędzy Udzielającym zamówienia a NFZ. Minimalna deklarowana miesięczna liczba pacjentów ambulatoryjnych – .....,

### ZAKRES IV – Udzielanie świadczeń lekarskich w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.

- 1) Stawka godzinowa za jedną godzinę udzielania świadczeń oraz dyżury stacjonarne : ..... zł brutto.  
**Minimalna gwarantowana miesięczna liczba godzin – ..... godzin, w tym .....godziny dyżuru w dni powszednie oraz ..... godzin dyżuru w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta**
- 2) Stawka godzinowa za jedną godzinę udzielania świadczeń w ramach dyżurów pod telefonem: ..... zł brutto.  
**Minimalna gwarantowana miesięczna liczba godzin – ..... godzin, w tym .....godziny dyżuru w dni powszednie oraz ..... godzin dyżuru w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta**
- 3) Za udzielanie świadczeń w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - ..... wynagrodzenie w wysokości .....% wartości udzielonego świadczenia zgodnie z umową zawartą pomiędzy Udzielającym zamówienia a NFZ. W przypadku przyjęcia pacjentów w liczbie dziennej powyżej 40 osób wynagrodzenie wyniesie .....% wartości udzielonego świadczenia zgodnie z umową zawartą pomiędzy Udzielającym zamówienia a NFZ, przy czym stawka ta obowiązuje począwszy od 41 pacjenta. Minimalna deklarowana miesięczna liczba pacjentów ambulatoryjnych – .....

### ZAKRES V – Udzielanie świadczeń lekarskich w ramach dyżurów stacjonarnych w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym

Stawka godzinowa za jedną godzinę dyżuru stacjonarnego : ..... zł brutto.

**Minimalna gwarantowana miesięczna liczba godzin – ..... godzin, w tym .....godziny dyżuru w dni powszednie oraz ..... godzin dyżuru w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych **od dnia 13 stycznia 2022 roku do dnia 31 grudnia 2024 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.

**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 432 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 14 grudnia 2021 roku.
- 2) wypis z CEIDG,
- 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 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 szkolenia BHP, certyfikaty odnoszące się do świadczeń mające zastosowanie w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu,
- 6) umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 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) aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych na określonym stanowisku/ w określonym zakresie wydane przez lekarza medycyny pracy,
- 8) oświadczenie oferenta o należyтым wykonywaniu świadczeń zdrowotnych – załącznik nr 1 do

- formularza ofertowego.
- 9) oświadczenie oferenta o posiadaniu aktualnego zaświadczenie o ukończeniu szkolenia bezpieczeństwo i higiena pracy w polach i promieniowaniu elektromagnetycznym o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz- załącznik nr 2 do formularza ofertowego.
  - 10) oświadczenie oferenta o posiadaniu aktualnego certyfikatu ochrony radiologicznej pacjenta - załącznik nr 3 do formularza ofertowego.
  - 11) oświadczenie oferenta o doświadczeniu zawodowym - załącznik nr 4 do formularza ofertowego.
  - 12) oświadczenie oferenta o posiadaniu aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego dla celów sanitarno-epidemiologicznych lub aktualnej książeczki zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych - załącznik 5 do formularza ofertowego.
  - 13) oświadczenie oferenta o złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami – załącznik nr 6 do formularza ofertowego.
  - 14) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o ochronie danych – załącznik nr 7 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, 6 – 14 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

Załącznik nr 2 do formularza ofertowego

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż posiadam aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia bezpieczeństwo i higiena pracy w polach i promieniowaniu elektromagnetycznym o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz

.....  
podpis oferenta

Załącznik nr 3 do formularza ofertowego

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż posiadam aktualny certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta

.....  
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

**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.

niewłaściwe skreślić\*

.....  
podpis oferenta



Załącznik nr 6 do formularz ofertowego

## 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](mailto: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 oferenta