

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

### O F E R T A

**na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu całościowego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 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 wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu całościowego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy oferuję stawkę wynagrodzenia:

Za udzielanie lekarskich świadczeń w ramach kontraktu całościowego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - miesięczne wynagrodzenie w wysokości .....zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń.

Średniomiesięczna oferowana liczba godzin udzielania świadczeń - ... ..

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia **1 stycznia 2022** roku do dnia **31 lipca 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.

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

Wykaz załączników do oferty:

1. wypełniony formularz ofertowy stanowiący Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 380 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 22 listopada 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 medycyny ratunkowej, itp.
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 doświadczeniu zawodowym - 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 niekaralności - załącznik nr 5 do formularza ofertowego
13. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną o ochronie danych – załącznik nr 6 do formularza ofertowego.

Załącznik nr 1 do formularza ofertowego

## 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

<b>L.p.</b>	<b>Okres zatrudnienia /DD.MM.RR/</b>	<b>Miejsce zatrudnienia</b>

Dyplom lekarza specjalisty medycyny ratunkowej uzyskałem w dniu .....

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 4 do formularz ofertowego

## OŚWIADCZENIE

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

.....  
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI OFERENTA

Oświadczam, iż:

14. nie byłem karany /byłam karana za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe,
15. nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,
16. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystania z pełni praw publicznych.

.....  
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