

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

O F E R T A

wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

NAZWA OFERENTA:

ADRES:

NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

SPECJALIZACJA

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 Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy w zakresie i oferuję:

ZAKRES I - Wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu całościowego:

- 1) za udzielanie świadczeń w podstawowej ordynacji pracy oddziału - zł
miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto,
- 2) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej zgodnie z wymogami NFZ
wynagrodzenie dodatkowe w wysokości% wartości udzielonego świadczenia zgodnie
z umową zawartą pomiędzy Udzielającym zamówienia a NFZ. Deklarowana tygodniowa 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 tymgodziny
dyżuru w dni powszednie oraz godzin dyżuru w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i
święta

ZAKRES II - Pełnienie dyżurów stacjonarnych:

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 dyżurowych zwykłych lub świątecznych –
..... godzin.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych **od dnia 11 marca 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 13 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 31 stycznia 2022 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, w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji dokument potwierdzający fakt odbywania specjalizacji oraz pisemne potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
5. dokumenty poświadczające dodatkowe kwalifikacje oferenta: zaświadczenia potwierdzające odbyte kursy, szkolenia, w tym szkolenia BHP, certyfikaty odnoszące się do świadczeń mające zastosowanie w dziedzinie neurologii,
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 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, 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
o doświadczeniu zawodowym oferenta

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

.....

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

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 oferenta