

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

### O F E R T A

#### wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

NAZWA OFERENTA: .....

ADRES: .....

NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU .....

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ RPWDL .....

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

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

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy w zakresie ..... i oferuję:

#### **ZAKRES I - Wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu całościowego w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej**

- 1) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji pracy Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej - ..... zł miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto,
- 2) 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. Deklarowana szacunkowa 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
- 4) za pełnienie dyżurów pod telefonem 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 II - Wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej:**

- 1) Stawka godzinowa za jedną godzinę udzielania świadczeń oraz dyżury stacjonarne : ..... zł brutto.

Minimalna gwarantowana miesięczna liczba godzin:

a) w podstawowej ordynacji oddziału – ..... godzin,

b) .....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.

Deklarowana szacunkowa miesięczna liczba pacjentów ambulatoryjnych – .....

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych **w terminie od dnia 1 lipca 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.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną liczbą godzin dyżurowych uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na ustalone w konkursie wynagrodzenie.

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 130 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 16 maja 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,
- 5) dokumenty poświadczające dodatkowe kwalifikacje oferenta: zaświadczenia potwierdzające odbyte kursy, szkolenia, w tym szkolenia BHP, certyfikaty odnoszące się do świadczeń mające zastosowanie w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 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 zaświadczenia 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.

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

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

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

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

*\*wypełnić jeśli dotyczy*

.....  
*podpis oferenta*

### 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



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. Iwaszkiewicza 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