FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
na rzecz

Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej, 07-300 Ostrów Mazowiecka, ul. Duboisa 68

OGÓLNE DANE O OFERENCIE

Dotyczy umowy cywilno-prawnej kontrakt:

1. NAZWA OFERENTA (według wpisu do właściwego rejestru)

.....,

2. OSOBA REPREZENTUJĄCA: .....

3. DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ:

a) Forma prowadzonej działalności (np. jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, spółka akcyjna, itp.)
.....

b) Adres siedziby prowadzonej działalności

.....
.....

c) Dane kontaktowe.....

d) Organ prowadzący rejestr i nr księgi rejestrowej
.....
.....

e) Nr KRS: (o ile dotyczy).....

f) Nr NIP: .....

g) Nr REGON: .....

Dotyczy umowy zlecenie:

1. IMIĘ I NAZWISKO OFERENTA

.....

2. Adres zamieszkania.....

3. Dane kontaktowe.....

.....
miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

Załącznik Nr 1 do Formularza Oferty

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1) zapoznałem/am* się z treścią ogłoszenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
2) zapoznałem/am* się i akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert;
3) zapoznałem/am* się i akceptuję wzór umowy;
4) będę wykonywał/a* świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy Udzielającym Zamówienia, a innym podmiotem, w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury medycznej będących własnością Udzielającego Zamówienie;
5) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczenia opieki zdrowotnej;
6) informacje przedstawione w ofercie i niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

....

miejscowość, data *(podpis składającego ofertę)*

---

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 2 do Formularza Oferty

ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Umowy.

....

miejscowość, data *(podpis składającego ofertę)*

Załącznik Nr 3 do Formularza Oferty

O F E R T A C E N O W A

(wypełnić właściwe)

Oferuję wykonywanie **pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych** w

- .....

(miejsce udzielania świadczeń)

w ilości .....godzin miesięcznie/tygodniowo (dostępność)*,

- .....

(miejsce udzielania świadczeń)

w ilości .....godzin miesięcznie/tygodniowo (dostępność)*,

<u>Za realizację zamówienia oczekuję należności w wysokości:</u>

- .....PLN/godz/badanie/miesięcznie

(słownie:.....)

- .....PLN/godz/badanie/miesięcznie

(słownie:.....)

....

Miejscowość, data *(podpis składającego ofertę)*

Załącznik Nr 4 do Formularza Oferty

KWALIFIKACJE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZAMÓWIENIE

Zawód wyuczony / wykonywany -.....

Nr prawa wykonywana zawodu -.....

Nr dyplomu – .....

Staż pracy w zawodzie pielęgniarki – .....

Inne umiejętności/kwalifikacje/specjalizacje -

.....

.....

.....

....

miejscowość, data *(podpis składającego ofertę)*

Załącznik Nr 5 do Formularza Oferty

Klauzula informacyjna dla oferenta

SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Dubois 68, 07-300 Ostrów Mazowiecka, realizując obowiązek informacyjny wynikający 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. Urz. UE L 119, s. 1) – zwanego dalej „RODO" – informuje, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych (ADO) jest SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Duboisa 68, 07-300 Ostrów Mazowiecka. Z ADO można kontaktować się pisemnie na ww. adres, mailowo: sekretariat@szpitalostrowmaz.pl , oraz telefonicznie przez nr centrali: 29 746 37 11 (do nr 18).

2. W SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej wyznaczono Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych osobiście, pisemnie, mailowo: iod@szpitalostrowmaz.pl , oraz telefonicznie przez nr centrali.
3. Państwa dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konkursu i wyłonienia oferenta w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a następnie zawarcia i realizacji umowy z wybranym podmiotem.
4. Podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.), ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.), ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1740) oraz art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
5. Państwa dane w ramach przeprowadzenia i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie są udostępniane innym podmiotom.
6. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich, organizacji międzynarodowych, będą natomiast oceniane pod kątem najbardziej odpowiednich w kontekście wyłonienia najkorzystniejszej oferty i przyszłego udzielania świadczeń.
7. Dane zawarte w ofertach będą przechowywane przez okres 10 lat od zakończenia postępowania konkursowego.
8. Mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia w zakresie dozwolonym prawem, oraz ograniczenia przetwarzania.
9. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji przetwarzania danych niezgodnie z przepisami w zakresie ochrony danych osobowych.
10. Podanie danych wskazanych w formularzu oferty jest dobrowolne, jednak jest warunkiem rozpatrzenia oferty w konkursie. Niepodanie danych skutkuje odrzuceniem oferty.

Z powyższą klauzulą zapoznałam/em się i zrozumiałam/em jej treść.

....

(data) *(czytelny podpis)*

Załącznik Nr 6 do Formularza Oferty

OŚWIADCZENIA OFERENTA DOTYCZĄCE DOKUMENTÓW

W przypadku przyjęcia mojej oferty oświadczam, że na dzień rozpoczęcia umowy będę posiadał/posiadała niżej wymienione dokumenty:

- polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa obejmujące w pełnym zakresie przedmiot umowy,
- aktualne zaświadczenie lekarza profilaktyka o braku przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy,
- aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- zaświadczenie o szczepieniu przeciw WZW typu B, a w przypadku jego braku przed podpisaniem umowy złożę oświadczenie, iż zostałem/zostałam zaszczepiona przeciw WZW typu B.

Zobowiązuje się do dostarczenia kopii dokumentów przed podpisaniem umowy.

....

(miejscowość, data) *(podpis składającego ofertę)*