

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku

23-200 Kraśnik, ul. Fryderyka Chopina 13, tel. (0-81) 825-13-77, fax. (0-81) 884-32-09

Załącznik nr 1

do Szczegółowych warunków konkursu ofert

FORMULARZ OFERTOWY

I. Instrukcja dla Oferenta:

1. Oferta ma być sporządzona w języku polskim i pod rygorem nieważności w formie pisemnej. Oferta powinna być czytelna, napisana w sposób nieścieralny oraz podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do jej podpisania.
2. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być składane wraz z poświadczonym przez Oferenta tłumaczeniem na język polski.
3. Wszystkie strony Formularza oferty wraz załączonymi do niego dokumentami muszą być parafowane i opieczetowane przez Oferenta.
4. Każda zapisana strona oferty (wraz z załącznikami do oferty) powinna być ponumerowana kolejnymi numerami.
5. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.

II. Dane Oferenta:

.....											
Imię i nazwisko lekarza											
.....											
Rodzaj praktyki						Nr prawa wykonywania zawodu					
.....											
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)						Nr księgi rejestrowej					
Adres zamieszkania											
Kraj			Miejscowość								
Kod pocztowy:			Poczta								
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
E-mail				telefon				fax			

Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):			
Kraj.....		Miejscowość.....	
Kod pocztowy.....	Poczta		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Działalność gospodarcza			
Firma			Siedziba
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)		REGON	

III. Kwalifikacje zawodowe Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....

(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

IV. Oferent oferuje:

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

Leczenie szpitalne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych SP ZOZ w Kraśniku

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

- Proponowana cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem:
 - w dni powszednie w ramach normalnej ordynacji w godzinach 8.00 -15.00 – **zł**;
 - w dni powszednie w godzinach 15.00-8.00 dnia następnego, oraz w dni wolne, świąteczne, soboty i niedziele w godzinach 8.00 – 8.00 dnia następnego poza godzinami normalnej ordynacji jako godziny dyżuru medycznego – **zł**;
- Proponowana minimalna liczba godzin pracy miesięcznie
- Proponowana maksymalna liczba godzin miesięcznie.....
- Proponowany czas trwania umowy: **od** **r. do** **r.**

V. Oświadczenia Oferenta:

- Jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
- Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń, jak również oświadczam że załączony wzór umowy został przeze mnie

zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru swojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

3. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotu zamówienia.

4. Akceptuję warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego Zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.

5. Oświadczam, że **jestem czynnym podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) / jestem zwolniony z podatku VAT.**

6. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.

7. Nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.

8. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.

9. Wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego Zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

10. Zobowiązuje się, że nie będę zatrudniony u Udzielającego Zamówienia na podstawie umowy o pracę, w rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania, w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.

11. W związku z obowiązkami określonymi w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 1802 ze zm.) zobowiązuję się do przedłożenia Udzielającemu Zamówienia, najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów SPZOZ w Kraśniku, wszelkich niezbędnych dokumentów, które wyszczególnione zostały w Szczegółowych warunkach konkursu ofert, na zasadach tam określonych.

VI. Załączniki do oferty:

- 1) kserokopia zaświadczenia o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub wydruk z księgi rejestrowej organu dokonującego wpisu np. okręgowej izby lekarskiej, właściwej dla miejsca wykonywania praktyki;
- 2) aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG);
- 3) dyplom ukończenia studiów;
- 4) dyplom posiadanych specjalizacji;
- 5) inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje, a przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji w dziedzinie neurologii dokumenty potwierdzające posiadanie doświadczenia zawodowego ;
- 6) prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych;
- 7) dokument polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie Oferenta, że nie później niż w dniu podpisania umowy taką polisę dostarczy i że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres obowiązywania umowy jak również zobowiązanie do utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia;
- 8) orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu lekarza;
- 9) zaświadczenie o odbyciu szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej.

Osoby świadczące aktualnie usługi medyczne w SP ZOZ w Kraśniku na mocy umowy cywilno-prawnej mogą złożyć następujące załączniki do oferty:

- 1) dokument ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie, że nie później niż w dniu podpisania umowy taką polisę dostarczy i że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres obowiązywania umowy jak również zobowiązanie do utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
- 2) orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu lekarza

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Kraśniku, ul. Fryderyka Chopina 13, 23-200 Kraśnik, adres e-mail: poczta@spzoz.krasnik.pl numer telefonu: 81-825-13-66).
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Konrad Domański, adres e-mail: iod@spzoz.krasnik.pl).

.....
Data i czytelny podpis Oferenta