

.....
Pieczęć Oferenta

FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu **badań histopatologicznych i cytologicznych oraz przeprowadzenia sekcji zwłok** dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie (SPZZOZ)

Dane Oferenta:

Nazwa oferenta:

.....

Adres siedziby:

Numer telefonu, faks:

Numer telefonu do zapisu pacjentów:

Osoba kontaktowa w sprawie wykonywania badań:

e-mail:

Numer konta bankowego:

REGON: NIP:

Numer KRS/ numer wpisu do ewidencji

Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób, o których mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) o działalności leczniczej.

Proponowane dni odbioru materiału biologicznego/przekazania wyników

.....

Oświadczenia Oferenta:

Oferent oświadcza, iż:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie,
- 2) zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, zawierającymi w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom, a także z projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści,
- 3) zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
- 4) akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w mojej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
- 5) Przyjmujący Zamówienie dostarczy w dniu podpisania umowy dokument, określający sposób pobierania materiału, jego przechowywania i transportu wraz

z przedziałami wartości prawidłowych, w zależności od wieku dla badań objętych umową, zgodnie z załącznikiem nr 4 do umowy,

- 6) spełniam wszystkie warunki stawiane Oferentom,
- 7) wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 8) gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty,
- 9) uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
- 10) w przypadku wyboru niniejszej oferty podpiszę umowę zgodnie z projektem umowy w terminie nie krótszym niż 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego,
- 11) termin płatności wynosi 60 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionej faktury,
- 12) uwzględniłem w cenie jednostkowej netto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego.

Załączniki:

1. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC oraz oświadczenie o przedłożeniu polisy.
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
3. Kopia zaświadczenia o numerze NIP,
4. Kopia zaświadczenia o numerze REGON,
5. Wydruk Księgi Rejestrowej/wyciąg,
6. Załącznik nr 1 – oferta cenowa,
7. Oświadczenie dotyczące aparatury zgodne z załącznikiem nr 2 do SWKO wraz z wykazem aparatury,
8. Oświadczenie dotyczące personelu zgodne z załącznikiem nr 3 do SWKO,
9. Oświadczenie o systemie kontroli zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWKO,
10. Inne dokumenty (poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie certyfikatów kontroli zewnątrzlaboratoryjnych, certyfikatów ISO, akredytacji).
11. Informacja o Oferencie
- 12.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć upoważnionego
przedstawiciela Oferenta

INFORMACJE O OFERENCIE

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

2. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

3. Numer wpisu laboratorium do KIDL _____

4. Adres Zakładu Patomorfologii (miejsce wykonywania świadczeń, jeżeli jest inne, niż w pkt.1) _____

5. Osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta _____

6. NIP _____

7. REGON _____

8. Adres do korespondencji _____

9. Kontaktowy numer telefonu _____

10. Nr fax _____

11. Adres e-mail _____

Data i podpis osoby upoważnionej.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że świadczenia objęte ofertą, będą udzielane zgodnie ze standardami organizacyjnymi określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii. Pomieszczenia Przyjmującego zamówienie odpowiadają określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym, są wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do używania oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

data i podpis osoby upoważnionej.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania świadczeń medycznych w zakresie określonym w załączniku nr 1 zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania z zachowaniem należytej staranności oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach niniejszej umowy świadczeniami zdrowotnymi. Oświadczam, że personel medyczny, który będzie świadczył usługi ma odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do realizacji przedmiotu zamówienia.

Wykaz personelu

Rodzaj personelu/grupa zawodowa	Liczba osób zatrudnionych przez Oferenta	Imię i Nazwisko

data i podpis osoby upoważnionej.....



OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że Laboratorium Przyjmującego zamówienie prowadzi kontrolę wewnątrzlaboratoryjną wykonywanych badań i na prośbę Udzielającego zamówienia zobowiązuje się do przedstawienia oryginałów lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta dokumentów potwierdzających powyższe kontrole.

data i podpis osoby upoważnionej.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

W oparciu o art. 13 ust.1 i ust. 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, ul. Armii Krajowej 2/4 (dalej SPZZOZ). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu wskazanego wyżej. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@szpitalnawrzesinie.pl

Zakres stosowania:

Przetwarzanie danych osobowych w związku z przeprowadzeniem konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, na który złożyła Pani/Pan formularz ofertowy.

Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

1. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:
 - 1.1. zamiaru zawarcia umowy (art.6 ust. 1 lit. b RODO) poprzez złożenie formularza ofertowego przez Panią/Pana celem uczestnictwa w postępowaniu konkursowym, w tym również do kontaktu SPZZOZ z Panią/Panem w tej sprawie.
 - 1.2. Obowiązku wynikającego z przepisów prawa (art.6 ust. 1 lit.c RODO) tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.z 2021 poz.711 z póź. zm.) i pozostałe przepisy, na podstawie których potwierdzane jest spełnienie wymagań i warunków udziału w konkursie oraz potwierdzane są kwalifikacje,
 - 1.3. Prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit.f RODO), którym jest ewentualne dochodzenie i obrona roszczeń.
2. Przetwarzane dane:
 - 2.1. Zakres danych, które będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konkursu obejmuje dane zawarte w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz w formularzu ofertowym.
3. Charakter przetwarzania danych osobowych:
 - 3.1. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób manualny, przez upoważnione do tego osoby oraz w sposób zautomatyzowany z użyciem przeznaczonych do tego systemów informatycznych,
 - 3.2. Przetwarzanie danych osobowych za pomocą systemów informatycznych nie będzie wykorzystywane w celu automatycznego podejmowania decyzji w sprawach indywidualnych,
 - 3.3. Zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych nie będzie polegało na profilowaniu, tj. działaniu polegającym na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania.

4. Okres przetwarzania danych osobowych:
 - 4.1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat do daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne SPZZOZ związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie z udokumentowaniem wyboru ofert konkursowych,
 - 4.2. Okres przetwarzania danych może być przedłużony w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami, a po tym okresie, jedynie w przypadku i zakresie, w jakim będą wymagać tego przepisy prawa,
 - 4.3. Po upływie okresu przetwarzania, dane są usuwane lub zanonimizowane.
5. Odbiorcy danych osobowych:
 - 5.1. Odbiorcy danych osobowych to: podmioty uprawnione do kontroli działalności SPZZOZ, w tym zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzonych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organy samorządu zawodowego, podmioty świadczące obsługę prawną SPZZOZ oraz operatorzy telekomunikacyjni świadczący usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.
6. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej:
 - 6.1. Dane osobowe Pani/Pana nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, to znaczy poza Europejski Obszar Gospodarczy (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Lichtenstein i Norwegia),
7. Prawa podmiotu danych osobowych:
 - 7.1. Mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - 7.2. Prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - 7.3. Prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - 7.4. Prawo do usunięcia danych osobowych;
 - 7.5. prawo do przenoszenia danych osobowych w zakresie przetwarzania zautomatyzowanego na podstawie umowy;
 - 7.6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 warszawa)

(Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania konkursowego ani zmianą postanowień umowy)
8. Informacja o wymogu podania danych:
 - 8.1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do uczestnictwa Pani/Pana w postępowaniu konkursowym w związku z zamiarem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa w postępowaniu konkursowym i podjęcia działań związanych z zawarciem umowy.