

**OFERTA NA UDZIELANIE AMBULATORYJNYCH SPECJALISTYCZNYCH
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA
w Poradni Ginekologicznej – Położniczej SPZZOZ w Pruszkowie**

I. DANE OFERENTA**Imię i Nazwisko / Nawa Oferenta**

.....

Adres.....

NR PWZ..... Nr Regon Numer NIP

PESEL.....Wpis do KRS pod nr / wpis do CEIDG(właściwe zakreślić)

Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą pod numerem.....

Tel. kontaktowy: e. mail:

II. KWALIFIKACJE ZAWODOWE

.....

.....

Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach przedmiotu konkursu.....lat

III. PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE1) (wpisać zakres)
(wpisać kom.org.)

na rzecz SPZZOZ w Pruszkowie, zwanego dalej „UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIE” na zasadach określonych w SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT oraz umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem:

2. (wpisać datę od kiedy)

IV. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczególnymi warunkami konkursu ofert wraz z załącznikami, w tym ze wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści.
2. Oświadczam, że w cenie /stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienie w Oddziałach/Komórkach organizacyjnych wskazanych powyżej.
4. Prowadzi grupową/indywidualną praktykę lekarską* lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w zakresie wymienionym w szczegółowych warunkach konkursu (**niewłaściwe skreślić*)
5. Zobowiązuje się do rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia – w pełnym zakresie z dniem zawarcia umowy.
6. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC.
7. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnych orzeczeń lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych w SPZZOZ w Pruszkowie (dotyczy personelu realizującego świadczenia w ramach zawartej umowy).
8. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP
9. Dysponuje własną odzieżą ochronną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.

10. Wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie SPZZOZ w Pruszkowie.
11. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w ofercie dla celów postępowania konkursowego, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zgodnie z klauzulą informacyjną dołączoną do mojej zgody.
12. Personel realizujący świadczenia w ramach zawartej umowy nie jest zatrudniony w SPZZOZ w Pruszkowie, w ramach umowy o pracę.
13. Akceptuje szczegółowe warunki konkursu ofert oraz warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienie dla potrzeb niniejszego konkursu i **oferuję wynagrodzenie oraz dyspozycyjność do realizacji świadczeń w ilość dni i godzin** (wpisać w odpowiednim miejscu tabeli):

	Rodzaj świadczeń	Oddział/Dział (proszę wpisać właściwe)	Deklarowana liczba świadczeń w miesiącu (pkt)	Deklarowane dni i godziny udzielania świadczeń w miesiącu	Warunki finansowe
1	2	3	4	5	6
1					

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji.

ZAŁĄCZNIKI (niewłaściwe skreślić):

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego Wojewodę*
2. Aktualny wydruk z CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego w przypadku prowadzenia działalności w formie podlegającej wpisowi do tego rejestru.
3. Kserokopie dyplomów*
4. Kserokopie prawa wykonywania zawodu*
5. Kserokopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia przewidzianego we właściwych przepisach prawa, tj. art. 25 ust 1 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 866) lub pisemne
6. Kserokopie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy*
7. Kserokopie aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetyczne- w tym zakresie*
8. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa zawodowe i umyślne – dostarczyć nie później niż w dniu podpisania umowy*
9. Pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie, w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania Przyjmującego zamówienie wynika z przedstawionych dokumentów.
10. Inne dokumenty i certyfikaty, potwierdzające doświadczenie, kwalifikacje i uprawnienia.

*W przypadku, gdy Oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania w okresie ostatnich 6 miesięcy u Udzielającego zamówienia, Oferent nie ma obowiązku składania dokumentów, jeżeli Udzielający zamówienia jest w ich posiadaniu a ich stan jest aktualny.

Pieczęć i podpis Oferenta

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 2022 poz. 633 tj.) 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.

Pieczęć i podpis Oferenta