

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku**

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

*Załącznik nr 1 (Część III)*

*do Szczegółowych warunków konkursu ofert*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Instrukcja dla Oferenta:**

1. Niniejszy Formularz ofertowy – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. 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.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być składane wraz z poświadczonym przez Oferenta tłumaczeniem na język polski.
4. Wszystkie strony Formularza oferty wraz załączonymi do niego dokumentami muszą być parafowane i opieczetowane przez Oferenta.
5. Każda zapisana strona oferty (wraz z załącznikami do oferty) powinna być ponumerowana kolejnymi numerami.
6. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.

**II. Dane Oferenta:**

<b>Imię i nazwisko lekarza</b>											
<b>Rodzaj praktyki</b>						<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>					
<b>Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)</b>						<b>Nr księgi rejestrowej</b>					
<b>Adres zamieszkania</b>											
<b>Kraj</b>			<b>Miejscowość</b>								
<b>Kod pocztowy</b>			<b>Poczta</b>								
<b>Ulica</b>						<b>Nr domu</b>			<b>Nr lokalu</b>		
<b>E-mail</b>						<b>telefon</b>			<b>fax</b>		
<b>Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):</b>											

<b>Kraj</b>		<b>Miejscowość</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	<b>Poczta</b>		
<b>Ulica</b>		<b>Nr domu</b>	<b>Nr lokalu</b>
<b>Działalność gospodarcza</b>			
<b>Firma</b>			<b>Siedziba</b>
<b>Numer identyfikacji podatkowej (NIP)</b>		<b>REGON</b>	

### 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:

**AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE**

**W PORADNI .....**

**oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:**

1. Proponowana cena za punkt rozliczeniowy: .....

2. Proponowana cena za świadczenia odrębnie płatne:

a) za poradę zleconą przez Poradnię Medycyny Pracy-	
b) za poradę zleconą przez Komisję Wojskową	
c) za poradę związaną z wydaniem zaświadczenia lekarskiego	
d) za poradę udzieloną osobie nieubezpieczonej	
e) za konsultację specjalistyczną zleconą przez ordynatorów oddziałów szpitalnych SPZOZ w Kraśniku	
f) pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego bad. Cyt. (5.05.00.0000060)	

3. Proponowany tygodniowy i godzinowy system pracy:

- **Poniedziałek godz.....**
- **Wtorek godz.....**
- **Środa godz.....**
- **Czwartek godz.....**
- **Piątek godz.....**

4. Proponowany czas trwania umowy: **od .....** r. **do .....** r.

#### **V. Oświadczenia Oferenta:**

1. Jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń, jak również że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej 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. Akceptuje 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 niego 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. Wyraża 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 czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.

#### **VI. Załączniki do oferty:**

- 1) kserokopię 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
- 6) w przypadku osób w trakcie specjalizacji – karta specjalizacji oraz zgoda Kierownika specjalizacji na wykonywanie samodzielnej pracy,
- 7) prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
- 8) 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,

- 9) orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu lekarza.
- 10) 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. 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 nakazują być przechowywane 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 obowiązkowe 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**