

FORMULARZ OFERTOWY

I. DANE OFERENTA:

Nazwa działalności:

.....
.....

Adres działalności:

.....

Telefon:

adres poczty (email)

NIP

REGON:

Numer księgi rejestrowej

Numer rachunku bankowego Oferenta

II.

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

podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

1. Proponowana cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem :
 - w dni powszednie, wolne, świąteczne soboty i niedziele w godzinach 8.00 – 8.00 dnia następnego:-zł brutto za godzinę;
2. Proponowana minimalna liczba godzin pracy miesięcznie
3. Proponowana maksymalna liczba godzin miesięcznie.....
4. Proponowany czas trwania umowy: **od** **do**r.

III. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest 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.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. 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.

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

Kserokopię dokumentów :

- 1) dyplom ukończenia studiów.
 - 2) dyplom posiadanych specjalizacji, oraz innych dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje
 - 3) w przypadku osób w trakcie specjalizacji – karta specjalizacji oraz zgoda Kierownika specjalizacji na wykonywanie samodzielnej pracy
 - 4) prawo wykonywania zawodu,
 - 5) 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
 - 6) orzeczenie lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu lekarza.
 - 7) zaświadczenie o odbyciu szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej.
- V. **Osoby świadczące aktualnie usługi medyczne w SP ZOZ w Kraśniku na mocy umowy cywilno-prawnej składają 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) orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu lekarza.

.....
podpis Oferenta

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

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 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 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