

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 I)

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.
- 7.

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 pielęgniarki i posiadane kwalifikacje)

IV. Oferent oferuje:

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

Leczenie szpitalne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w

Oddziale

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

- Proponowana cena za godzinę pracy udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem pracy, bez różnicowania ceny na dni i godziny ich udzielania, tj.:
 - w dni powszednie, wolne, świąteczne soboty i niedziele w godzinach 8.00 – 8.00 dnia następnego:zł brutto za godzinę ;
- 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.
- 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.
- Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotu zamówienia.
- 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 będzie zatrudniony u Udzielającego Zamówienia na podstawie umowy o pracę w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania. 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 szkoły;
- 4) dyplom posiadanych specjalizacji,
- 5) inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje
- 6) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przyznane przez odpowiednią Izbę Piel., 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 pielęgniarki.
- 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 pielęgniarki.

.....
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 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