

Pieczęć firmowa

Oferenta

.....dnia

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów
Opieki Zdrowotnej 09-200 Sierpc
ul. Słowackiego 32

OFERTA NA KONKURS OFERT NR DUM - 2/2019

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w:

- Pracowni Endoskopii SPZZOZ w Sierpcu w zakresie wykonywania badań
endoskopowych: gastrokopii, kolonoskopii, kolonoskopii z polipektomią.

1. Dane Oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres)

.....
(adres do korespondencji, w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta j.w.)

.....
(nr NIP)

.....
(nr REGON)

.....
(telefon, fax)

2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych (wypełnić odpowiednio):

- a/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań gastrokopii
proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonane
badanie, słownie:
- b/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań kolonoskopii
proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonane
badanie, słownie:



c/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań kolonoskopii z polipektomią proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonane badanie, słownie:

3. Wykaz załączników do oferty:

- 1/
- 2/
- 3/
- 4/
- 5/
- 6/
- 7/
- 8/
- 9/
- 10/

4. Oferta została złożona na stronach parafowanych i kolejno ponumerowanych od nr do nr

.....
(podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej)



ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA:

1. Kserokopie dokumentów własnoręcznie potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem lub ich oryginały, potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza:
 - dyplom,
 - prawo wykonywania zawodu,
 - dyplomy posiadanych specjalizacji, tytułów naukowych,
 - certyfikaty lub inne zaświadczenia dokumentujące uprawnienia do wykonywania oferowanego zakresu świadczeń,
2. Dokumenty określające status prawny Oferenta, odpowiednio właściwe :
 - 1/ wydruk z księgi rejestrowej potwierdzający wpis indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - 2/ zaświadczenie w formie wydruku o wpisie indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP,
3. Potwierdzona przez Oferenta za zgodność z oryginałem, obowiązkowa polisa odpowiedzialności cywilnej (OC) w ramach działalności gospodarczej – minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz wszystkich zdarzeń zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).
4. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.
5. Inne dokumenty, w tym:
 - zaświadczenie od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,
 - aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych (zaświadczenie wydane przez lekarza profilaktyka lub wpis w książeczce zdrowia dla celów sanitarno- epidemiologicznych).

Dokumenty wymienione w pkt. 5 będą wymagane do przedłożenia, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.



.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się z treścią Ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się ze Szczegółowymi warunkami Konkursu ofert, Regulaminem Konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego Wzoru umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałam /em/ się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenie zdrowotne.
5. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokościzł, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).
9. Oświadczam, że staż pracy w wykonywanym przeze mnie zawodzie wynosi lat.
10. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
11. Oświadczam, że uważam się związana/y/ ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
12. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 01 lipca 2019r. do dnia 30 czerwca 2024r.

.....
(Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej)



**OŚWIADCZENIE OFERENTA dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych,
według RODO**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu, 09-200 Sierpc, ul. Słowackiego 32 – administratora danych, w celu uczestnictwa w postępowaniu konkursowym nr DUM-2/2019 na udzielanie świadczeń zdrowotnych i w okresie obowiązywania umowy kontraktowej.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one aktualne, zgodne ze stanem faktycznym i potwierdzają je dokumenty złożone do konkursu ofert nr DUM-2/2019.
3. Potwierdzam zapoznanie się z treścią informacji o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych (jak w pkt. 1) oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, zgodnie z poniższym brzmieniem:
 - 1/ Wszelkie pytania związane z przetwarzaniem danych osobowych należy kierować do Inspektora Ochrony Danych w SPZZOZ w Sierpcu, tel. 24 275 85 70, adres e-mail: IODO@spzzozsierpc.pl
 - 2/ Mam prawo do:
 - żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
 - wycofania wyrażonej zgody z tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody może być zrealizowane w formie pisemnego oświadczenia lub drogą e-mailową,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
4. Dane osobowe oferenta będą przechowywane i przetwarzane przez okres zgodny z przepisami o archiwizacji.

.....
(Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej)

