Załącznik Nr 4

Wrocław, dnia .....

FORMULARZ OFERTY
ZAKRES I
do konkursu ogłoszonego w dniu.....

.....

.....

/dane Oferenta, dokładny adres/

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka -
Centrum Medycyny Ratunkowej

I. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych zamieszczonym na stronie internetowej, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy, nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń i oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na zasadach w nich określonych.
2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do świadczenia usług zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu i zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, ocenianą z uwzględnieniem specyfiki zawodu lekarza, a także zasad sztuki lekarskiej, określonych w przepisach szczególnych lub wynikających z praktyki lekarskiej lub tzw. dobrej praktyki medycznej obowiązujących w chwili wykonywania danej czynności.
3. Oświadczam, że zobowiązuję się do przedstawienia Udzielającemu Zamówienia kserokopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej najpóźniej w dniu zawarcia umowy. Kolejne polisy OC będą aktualizowane i dostarczane do Udzielającego Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie bez wezwania zamówienie pod rygorem rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
4. Oświadczam, że Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Oferenta, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Oświadczam, że w zakresie realizacji tej umowy będę we własnym zakresie rozliczać się z ZUS-em i Urzędem Skarbowym z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
6. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

KLAUZULA INFORMACYJNA (DANE OSOBOWE)

Przyjmuję do wiadomości, że:

1) moje dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.), zwanym dalej RODO,

2) administratorem moich danych osobowych jest Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław, KRS 0000040364, NIP 899 22 28 560 , REGON: 006320384, zwany dalej Szpitalem;

3) Szpital wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpital-marciniak.home.pl

4) moje dane osobowe przetwarzane będą:

a) w celu przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych) oraz w celu zawarcia w wyniku rozstrzygnięcia konkursu umowy i jej wykonania (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
b) w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Szpital, tj. udokumentowania należytego wykonania umowy przez Szpital, a także rozpatrywania i dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
c) w celu wypełnienia ciążącego na Szpitalu prawnego obowiązku archiwizowania dokumentacji (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);

5) odbiorcami moich danych osobowych będą:
a) podmioty, których uprawnienie do dostępu do ww. danych wynika z obowiązujących przepisów, w tym podmioty sprawujące funkcje nadzoru i kontroli nad realizacją zadań przez Szpital;
b) podmioty, którym Szpital powierzy przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartych umów (w tym podmioty serwisujące urządzenia Szpitala, w których przetwarzane są dane osobowe; podmioty dostarczające i utrzymujące oprogramowanie wykorzystywane przy działaniach związanych z przetwarzaniem danych osobowych);
c) firmy, za pośrednictwem których prowadzona jest przez Szpital korespondencja,
d) podmioty świadczące usługi doradczo-kontrolne na zlecenie Szpitala,
e) ubezpieczyciele,
f) banki,
g) Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia,

6) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny od przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych), a w przypadku wyboru mojej oferty, także przez okres wykonywania umowy oraz okres, w którym możliwe jest dochodzenie przez strony roszczeń wynikających z zawartej umowy; moje dane osobowe będą również przechowywane przez okres wynikający z obowiązujących Szpital regulacji z zakresu archiwizowania dokumentacji;

7) w granicach określonych przepisami prawa, w tym w szczególności RODO, mam prawo:
a) dostępu do treści moich danych,
b) do sprostowania moich danych,
c) do żądania ograniczenia przetwarzania moich danych,
d) do przenoszenia moich danych,
e) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych,
f) do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jeżeli przetwarzanie danych odbywa się wyłącznie na podstawie mojej zgody, oraz
g) do żądania usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym);

8) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;

9) podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do złożenia oferty w konkursie. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w konkursie;

10) moje dane nie są wykorzystywane przy zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji oraz nie podlegają profilowaniu;

11) moje dane nie będą przekazywane do państw trzecich (tj. poza Europejski Obszar Gospodarczy) ani udostępniane organizacjom międzynarodowym.

II. Proponowana cena brutto za udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia w Poradni Neurologicznej przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii.

- ……% **wartości** zrealizowanych świadczeń poprawnie zwalidowanych i zweryfikowanych w systemie NFZ w rodzaju AOS.

Deklaruję udzielanie świadczeń w wymiarze …….. godzin średnio miesięcznie.

III. Załączniki (składane zakreślić):

1. Dotyczy indywidualnej / indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej:
   1) kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia OC;
   2) zaświadczenie lekarskie o spełnieniu wymagań zdrowotnych niezbędnych do wykonywania świadczeń;
   3) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje (kopie: dyplomu ukończenia wyższej uczelni, posiadanych lub rozpoczętych specjalizacji);
   4) kserokopia nr prawa wykonywania zawodu;
   5) kserokopia nadania numeru NIP;
   6) kserokopia nadania numeru REGON;
   7) kserokopia Informacji z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub informacji odpisu aktualnego z rejestru przedsiębiorców KRS;
   8) kserokopia wpisu do rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich;
   9) zaświadczenie ze szkolenia okresowego BHP;
   10) pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

2. Dotyczy podmiotu leczniczego:
   1) wykaz personelu wraz z kserokopiami dokumentów potwierdzającymi kwalifikacje zawodowe i doświadczenie (imię i nazwisko, nr dyplomu, adres e-mailowy i nr telefonu danej osoby) kserokopie zaświadczenia lekarskiego o spełnieniu wymagań zdrowotnych niezbędnych do wykonywania świadczeń oraz badanie sanitarno-epidemiologiczne, zaświadczenie ze szkolenia okresowego BHP;
   2) kopia aktualnego odpisu z rejestru przedsiębiorców KRS lub aktualny wydruk wpisu do CEIDG;
   3) wydruk z księgi rejestrowej;
   4) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią niniejszych warunków oraz, że zapoznał się z istotnymi warunkami umowy i wyraża zgodę na jej zawarcie w tym brzmieniu w przypadku wybrania jego oferty;
   5) pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

……
pieczątka i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania oferenta