

Wrocław, dnia .....

**FORMULARZ OFERTY**  
**ZAKRES IX**  
**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:

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,

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;

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

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);

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,

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; 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);

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

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

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

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.**

**Bez asysty sekretariatu:**

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

**Z asystą sekretariatu:**

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

Deklaruję udzielanie świadczeń w wymiarze (należy wskazać konkretną ilość godzin):

..... 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.

.....  
pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania oferenta

**Dyrektor**  
mgr inż. Katarzyna Kapuścińska

