

Wrocław, dnia .....

**FORMULARZ OFERTY  
ZAKRES XVII  
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](mailto: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 ciężącego 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej przez lekarzy specjalistów w dziedzinie ortopedii i traumatologii w formie całodobowej wraz z udzielaniem świadczeń w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.**

1) W Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej:

- a) w dni powszednie od godz. 07:25 do godz. 15:00 - należność w kwocie.....zł (słownie:.....) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

Deklaruję udzielanie świadczeń w wymiarze.....godzin średnio w miesiącu.

- b) w czasie dyżuru w dni robocze tj. od godz. 15:00 do godz. 07:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 07:25 do godz. 07:25 dnia następnego - należność w kwocie.....zł (słownie:.....) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

Deklaruję udzielanie świadczeń w wymiarze.....godzin średnio w miesiącu.

**UWAGA: W przypadku pełnienia przez lekarza dyżuru medycznego w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej łączonego z Oddziałem Chirurgii Plastycznej należność określana w pkt b) podwyższa się o 20 zł.**

- c) należność w kwocie.....zł (słownie:.....złotych) zł brutto za 1 godzinę dyżuru pod telefonem.

Deklaruję chęć udzielania świadczeń w ramach dyżurów pod telefonem w wymiarze (proszę wskazać konkretną ilość godzin):

w dni powszednie – średnio ..... godzin dyżuru miesięcznie.

w soboty, niedziele i święta - średnio ..... godzin dyżuru miesięcznie

- d) należność w kwocie.....zł (słownie:.....złotych) zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń w wyniku przyjazdu na wezwanie.

2) W Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej:

.....% 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) certyfikat kursu Ochrony Radiologicznej Pacjenta;
- 11) 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