

**FORMULARZ OFERTOWY
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia
Udzielający zamówienia)

DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko:.....

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

.....

.....

Telefon: e-mail :

NIP: REGON:

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku, 37-400 Nisko ul. Kościuszki 1 w zakresie wykonywania lub asysty przy zabiegach operacyjnych w zakresie ortopedii.

Za wykonanie przedmiotu umowy proponuję stawkę **złotych brutto** za 1 godzinę planowego zabiegu operacyjnego.

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
- 2) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
- 3) Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
- 4) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 5) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
- 6) Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie zawarcia umowy**.
- 7) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
- 8) Zgłosiłam/-em (ewentualnie zgłoszę do dnia zawarcia umowy) rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
- 9) Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
- 10) Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przestępstwa, których popełnienie uniemożliwia mi wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 11) Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zmianę zakresu i wartości umowy do 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego

Zamówienia, w tym rozszerzenia rodzaju świadczeń komercyjnych lub finansowanych ze środków publicznych, a nie objętych niniejszym konkursem.

12) Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oferenta / upoważnionego
przedstawiciela***- wraz z pieczętą

**) niepotrzebne skreślić

***) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę

OŚWIADCZENIE

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku (dalej zwany także Administratorem), 37-400 Nisko ul. Kościuszki 1.

W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem za pomocą adresu e-mail: iod@szpital-nisko.pl lub drogą listu zwykłego na adres siedziby SPZZOZ w Nisku: ul. Kościuszki 1, 37-400 Nisko.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w ramach którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy.

Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust 1 pkt b) i f) RODO.

Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trzech miesięcy od prawomocnego zakończenia konkursu chyba że zostanie z Panem/Panią zawarta umowa w rezultacie konkursu.

Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą lub mogą być udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawnionym do kontroli działalności SPZZOZ w Nisku, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu lekarskiego, oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora.

Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania (w przypadku gdy są przetwarzane na podstawie uzasadnionego interesu Administratora – art. 6 ust.1 lit. f) RODO).

Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w wypadku jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....
(data, czytelny podpis)