

.....

pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

.....

1. Nazwa Oferenta
2. Adres Oferenta
3. Nr telefonu komórkowego
4. Adres e-mail
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej
6. REGON
7. NIP
8. Okres obowiązywania polisy

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

.....

WYSZCZEGÓLNIENIE/ PRODUKT zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie	CENA / WARTOŚĆ BRUTTO W ZŁ

2.Miejsce udzielania świadczeń

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....
pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

- 1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
- 2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
- 3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.*
- 4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.*
- 5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.*
- 6. Spełniam/ Nie spełniam wymóg*, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej. ¹*

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

*niepotrzebna skreślić

¹ Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”

.....

pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienie.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

.....

pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Zakres udzielanych świadczeń:.....

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personelu do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

Lista osób udzielających świadczeń w ramach umowy z Oferentem:

<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>	<i>Specjalizacja</i>	<i>Specjalizacja zakończona / w trakcie (data ukończenia specjalizacji/ data otwarcia specjalizacji)</i>

Każda wykazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w SIWZ w pkt. VI ppkt. 4,7.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Imię i nazwisko:

1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.

2.Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem oraz na podstawie przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzonego przez Szpital harmonogramu.

3.Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

Podpis Lekarza

Podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

- odpisy potwierdzające wpis do właściwych rejestrów – wpis do Okręgowej Izby Lekarskiej/Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych* oraz Ewidencji Działalności Gospodarczej
- dyplom ukończenia studiów
- kopia prawa wykonywania zawodu lekarza/ technika/pielęgniarki*
- dyplom uzyskania specjalizacji
- aktualne zaświadczenie lekarskie – badania profilaktyczne

zostały złożone w SP ZOZ Łapy, w poprzednim Konkursie na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne, i stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

*niepotrzebna skreślić

Klauzula informacyjna

Informacja Administratora w związku z przetwarzaniem danych osobowych – zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (zwanego dalej RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach, reprezentowany przez Dyrektora, ul. Janusza Korczaka 23, 18-100 Łapy, NIP 9661319909, tel. 85 814 24 38, <https://szpitallapy.pl/>, sekretariat@szpitallapy.pl
2. Administrator, zgodnie z art. 37 ust. 1 lit. a) RODO, powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować pod adresem poczty elektronicznej sekretariat@szpitallapy.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane:
 - 1) w celach związanych z zatrudnieniem, w szczególności na potrzeby realizacji obowiązków służbowych, a także wykonywania przez pracodawcę obowiązków pracodawcy, płatnika składek i zaliczek na podatek dochodowy, w oparciu o przepisy prawa, w szczególności przepisy prawa podatkowego, prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, w tym również na potrzeby ustalenia zdolności do pracy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO;
 - 2) w związku z dochodzeniem/obroną roszczeń, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO jako uzasadniony interes administratora danych.
4. Odbiorcami danych osobowych mogą być banki, firmy ubezpieczeniowe, dostawcy usług pocztowych i kurierskich, dostawcy usług informatycznych Administratora, obsługa prawna i informatyczna administratora oraz inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa (US, ZUS).
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres zatrudnienia, a następnie przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym stosunek pracy uległ rozwiązaniu lub wygasł. Dane przetwarzane w związku z dochodzeniem roszczeń będą przetwarzane do czasu przedawnienia roszczeń.
6. Ma Pan/i prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do żądania przenoszenia danych.
7. Gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza powszechnie obowiązujące przepisy w tym zakresie, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych w celu określonym w ust. 3 pkt. 1 jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa pracy i o ubezpieczeniu społecznym i ich podanie jest obowiązkowe do realizacji celów związanych z zatrudnieniem. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zatrudnienia.
9. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

.....
Podpis Oferenta