

**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 1w zakresie :

- udzielanie stacjonarnych świadczeń lekarskich w Oddziale.....
- pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale .....
- pełnienie dyżurów „pod telefonem” w Oddziale .....
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni .....

**Oświadczam, że:**

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.
- 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) Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
- 7) Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
- 8) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
- 9) Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
- 10) Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
- 11) Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/ w postępowaniu karnym, mającym związek z udzielaniem świadczeń zdrowotnych . Oświadczenie obejmuje również wszystkie osoby wskazane w ofercie do udzielania świadczeń w moim imieniu.
- 12) Oświadczam, że w SPZZOZ w Nisku świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\*) na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu

na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę wnioski o rozwiązanie łączącej mnie z SPZZOZ w Nisku umowy za porozumieniem stron.

13) Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie 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.

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

15) W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

## PRZEDMIOT OFERTY – HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1) świadczenia stacjonarne w oddziale:

poniedziałek od ..... do .....

wtorek od ..... do .....

środa od ..... do .....

czwartek od ..... do .....

piątek od ..... do .....

2) świadczenia ambulatoryjne w poradni:

poniedziałek od ..... do .....

wtorek od ..... do .....

środa od ..... do .....

czwartek od ..... do .....

piątek od ..... do .....

3) gotowość do pełnienia w miesiącu minimum ..... dyżurów medycznych w oddziale

4) gotowość do pełnienia w miesiącu minimum ..... dyżurów „pod telefonem” w oddziale

5) proponowany czas trwania umowy od ..... do .....

## CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące ceny:

**ODDZIAŁ** - świadczenia stacjonarne ..... zł brutto za 1 godzinę

- dyżur w oddziale ..... zł brutto za 1 godzinę

- dyżur „pod telefonem” ..... zł brutto za 1 godzinę

- za kierowanie oddziałem ..... zł brutto

**PORADNIA** - porady ambulatoryjne ..... zł brutto za 1 punkt/wartość punktową

- za kierowanie oddziałem ..... zł brutto

## ZAŁĄCZNIKI

Do oferty załączam następujące dokumenty (proszę wymienić zgodnie ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert):

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oferenta / upoważnionego  
przedstawiciela\*\*\*- wraz z pieczęcią

\*\*\*) niepotrzebne skreślić

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

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1, dalej zwanego RODO informuję, że:

- Administratorem Państwa danych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 1, tel.: 15 841 67 03, fax: 15 841 67 04, e-mail: [info@szpital-nisko.pl](mailto:info@szpital-nisko.pl),
- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [adam.zieminski@cbi24.pl](mailto:adam.zieminski@cbi24.pl) lub pisemnie pod adresem Administratora.
- Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu związanym z postępowaniem konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych, prowadzonym w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 711).
- Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na SPZZOZ w Nisku w związku z postępowaniem konkursowym.
- W związku z powyższym podstawę prawną przetwarzania danych osobowych stanowią:
  - 1art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
  - 2art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
- Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych powyżej, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
- Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- Państwa dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
  - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
- Podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie wynikającym z udziału w konkursie ofert jest niezbędne, aby uczestniczyć w niniejszym postępowaniu. Podanie przez Państwa innych danych w zakresie niemieszczącym się w podjęciu działań przed zawarciem umowy lub przekraczającym dane konieczne do jednoznacznego oznaczenia strony umowy cywilnoprawnej jest dobrowolne.

- Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji procesu związanego z postępowaniem konkursowym, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do celów niniejszego postępowania konkursowego. Zgoda ma charakter dobrowolny. Niewyrażenie zgody wiąże się z brakiem możliwości udziału w postępowaniu konkursowym.

Zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy Administratora.

.....  
data, podpis Oferenta/upoważnionego przedstawiciela Oferenta