

**FORMULARZ OFERTOWY  
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny 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:

Lp.	Zakres, na który jest składana oferta	Proponowane wynagrodzenie	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
1.	2.	3.	4.
1.	<b>III.1. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Neurologicznej</b>	Wynagrodzenie – stawka za 1 punkt udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej  .....zł/1 punkt	.....godz.

**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 książki 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 podpisania umowy\*\*.

- 7) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
- 8) Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą 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) Oświadczam, że w SPZZOZ w Nisku świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\*) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej 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.
- 12) 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.
- 13) 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](mailto: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 zwarta 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)