

OFERTA
NA ZAPEWNIENIE OPIEKI LEKARSKIEJ
W RAMACH DYŻURÓW MEDYCZNYCH

Przedmiot konkursu:

1. **CZĘŚĆ 1 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym”** - W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w SOR obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego).
2. **CZĘŚĆ 2 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej”** – W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego).
3. **CZĘŚĆ 3 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz/lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej”** – W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w SOR oraz/lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego lub od 18:00 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego)

Udzielający zamówienia:

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie,
ul. Konstytucji 3 Maja 34
19-200 Grajewo
NIP 19-13-61-728
REGON 450666822

Dane o Oferencie:

nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Imię i nazwisko

adres siedziby:

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

PESEL.....NIP.....REGON

numer telefonu e-mail

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert wraz z załącznikami w terminie 12 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy.
2. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia w ramach (właściwie zaznaczyć Części 1 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym”
Części 2 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej”
Części 3 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz/lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej”
- za wynagrodzeniem w wysokości określonej w Cenniku, stanowiącym załącznik nr 3 do oferty.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SKWO) oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Oświadczam, iż spełniam warunki udziału w konkursie opisane w SKWO.
5. Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże mnie przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Załącznikami do oferty są:
 - a) Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiąca Załącznik nr 1 do SWKO,
 - b) Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,

Znak postępowania: KO 11/22

- c) Cennik Oferenta, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
- d) Klauzula informacyjna, stanowiąca Załącznik nr 4 do SWKO,
- e) wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, wraz z numerem księgi rejestrowej,
- f) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
- g) pełnomocnictwo*,
- h) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom ukończenia studiów medycznych, posiadane specjalizacje oraz nadanie stopnia naukowego*,
- i) aktualne orzeczenie lekarskie, potwierdzające zdolność do pracy,
- j) umowa ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne.

*Niepotrzebne skreślić

Podpis(y):

I.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

1. **CZĘŚĆ 1 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym”** - W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w SOR obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego).
2. **CZĘŚĆ 2 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej”** – W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego).
3. **CZĘŚĆ 3 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz/lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej”** – W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w SOR oraz/lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego lub od 18:00 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego)

Udzielający zamówienia:

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie,
ul. Konstytucji 3 Maja 34
19-200 Grajewo
NIP 19-13-61-728
REGON 450666822

1. Zapoznałem / zapoznałam* się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert dotyczącego konkursu na udzielenie ww. świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Zapoznałem / zapoznałam* się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń.

*Niepotrzebne skreślić

Podpis(y):

l.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

CENNIK OFERENTA

Przedmiot konkursu:

- CZEŚĆ 1 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym”** - W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w SOR obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego).
- CZEŚĆ 2 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej”** – W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego).
- CZEŚĆ 3 – „Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz/lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej”** – W ramach tej części Oferent składa ofertę na zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej w SOR oraz/lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego – dyżur medyczny pełniony w dni robocze (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego lub od 18:00 do 8:00 dnia następnego) oraz w dni świąteczne (soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego)

Udzielający zamówienia:

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie,
ul. Konstytucji 3 Maja 34,19-200 Grajewo
NIP 19-13-61-728

Lp.	Zakres zadań Oferenta	Cena jednostkowa brutto zł
1.	Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym	Wynagrodzenie godzinowe – dyżur zwykły -zł
		Wynagrodzenie godzinowe – dyżur świąteczny -zł
2.	Opieka w ramach dyżuru medycznego w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	Wynagrodzenie godzinowe – dyżur zwykły -zł
		Wynagrodzenie godzinowe – dyżur świąteczny -zł
3.	Opieka w ramach dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz/lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	Wynagrodzenie godzinowe – dyżur zwykły w SOR -zł
		Wynagrodzenie godzinowe – dyżur świąteczny w SOR -zł
		Wynagrodzenie godzinowe – dyżur zwykły w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej -zł
		Wynagrodzenie godzinowe – dyżur świąteczny w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej -zł
		Wynagrodzenie godzinowe – dyżur zwykły w SOR oraz Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (łącznie) -zł
		Wynagrodzenie godzinowe – dyżur świąteczny w SOR oraz Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (łącznie) -zł

*Należy wypełnić tylko w ramach tych części co do których składana jest Oferta. Pozostałe pola należy przekreślić.

Podpis(y):

I.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

Klauzula informacyjna

Treść klauzuli
<p>Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:</p> <p>1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie, 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@szpital-grajewo.pl 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia Pani/Pani oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 6 ust c) lit. 1c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. W przypadku wyboru Pani/Pana oferty w postępowaniu Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji umowy- na podstawie art. 6 ust 1 lit. b) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty, którym dane zostały powierzone i organy publiczne z wyjątkiem organów publicznych, które mogą otrzymywać dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz przez przepisy wewnętrzne administratora 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych będzie skutkować odmową rozpatrzenia Pani/Pana oferty oraz odmową zawarcia umowy 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.</p>

I.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

