

OFERTA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE OPIEKI POŁOŻNICZEJ W ODDZIALE POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNYM

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki położniczej w **Oddziale Położniczo-Ginekologicznym** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju Wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

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: ul. nr kod pocztowy:-..... Miejscowość
 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 13 miesięcy.
2. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie 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) Formularz ofertowy, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do SWKO,
 - b) Cennik Oferenta, obejmujący ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
 - c) Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,
 - d) Klauzula Informacyjna, sporządzona wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SWKO,
 - e) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
 - f) pełnomocnictwo*,
 - g) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, prawo wykonywania zawodu położnej,
 - h) aktualne orzeczenie lekarskie,
 - i) 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)			

G 7

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki położniczej w **Oddziale Położniczo-Ginekologicznym** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

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. Jestem / nie jestem* pracownikiem Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.
W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed zawarciem umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
4. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń.
5. Oświadczam, że nie zawarłem / nie zawarłam* jako świadczeniodawca umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonując działalność leczniczą.

*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)			



CENNIK OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki położniczej w **Oddziale Położniczo-Ginekologicznym** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

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.	Świadczenie usług w zakresie opieki położniczej	Wynagrodzenie godzinowe -zł

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)			

Klauzula informacyjna

Treść klauzuli
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: 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 wymagany 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.

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)			

