*Załącznik nr 1 do SWKO*

**OFERTA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PSYCHOLOGÓW**

**W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

##### Przedmiot konkursu:

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu wsparcia psychologicznego w Centrum Zdrowia Psychicznego zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenie zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.**

**Udzielający zamówienia:**

Szpital Ogólny im. dr Witolda Ginela w Grajewie,

ul. Konstytucji 3 Maja 34

19-200 Grajewo

NIP 719-13-61-728

REGON 450666822

**Dane o Oferencie:**

nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą ........................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………........

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………….........

adres siedziby: ul. ................................................................................................... nr ........................................

kod: ……………………………………. miejscowość ……………………………………………………………..........

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą…...............................................................

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

numer telefonu ……………………………………… e-mail …...………………………………………………………..

1. Zobowiązuję się doudzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert wraz z załącznikami w terminie 5 miesięcy licząc od dnia 1.08.2023 r. do dnia 31.12.2023 r.

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:

1. Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiąca Załącznik nr 1 do SWKO,
2. Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,
3. Cennik Oferenta, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
4. Klauzula informacyjna, stanowiąca Załącznik nr 4 do SWKO,
5. odpis z Krajowego Rejestru Sądowego/wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego\*,
6. wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej),
7. zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON/wydruk z Bazy Internetowej REGON\*,
8. decyzję o nadaniu NIP\*,
9. pełnomocnictwo\*,
10. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu co najmniej magistra psychologii,
11. aktualne orzeczenie lekarskie, potwierdzające zdolność do pracy,
12. umowa ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne,

\*Niepotrzebne skreślić

7. Oświadczam, iż najpóźniej w dniu zawierania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszego Konkursu będę podmiotem wykonującym działalność gospodarczą wpisanym do odpowiedniego rejestru zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

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) |  |  |  |

*Załącznik nr 2 do SWKO*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

##### Przedmiot konkursu:

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu wsparcia psychologicznego w Centrum Zdrowia Psychicznego zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenie zdrowotne określonego rodzaju, wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.**

**Udzielający zamówienia:**

Szpital Ogólny im. dr Witolda Ginela w Grajewie,

ul. Konstytucji 3 Maja 34

19-200 Grajewo

NIP 719-13-61-728

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 Ginela 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.

\*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) |  |  |  |

*Załącznik nr 3 do SWKO*

**CENNIK OFERENTA**

##### Przedmiot konkursu:

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu wsparcia psychologicznego w Centrum Zdrowia Psychicznego zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenie zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.**

**Udzielający zamówienia:**

Szpital Ogólny im. dr Witolda Ginela w Grajewie,

ul. Konstytucji 3 Maja 34

19-200 Grajewo

NIP 719-13-61-728

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres zadań Oferenta\*** | **Cena jednostkowa brutto zł** |
| **1.** | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii** | 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) |  |  |  |

*Załącznik nr 4 do SWKO*

**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 Ginela w Grajewie,2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@szpital-grajewo.pl3) 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 dnia27 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 administratora6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych będzie skutkować odmową rozpatrzenia Pani/Pana oferty oraz odmową zawarcia umowy9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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) |  |  |  |