

**OFERTA**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZY: SPECJALISTÓW, W**  
**TRAKCIE SPECJALIZACJI LUB BEZ SPECJALIZACJI W CENTRUM ZDROWIA**  
**PSYCHICZNEGO**

Przedmiot konkursu:

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii 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 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: ..... miejscowość .....

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 ..... 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:
  - a) Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiąca Załącznik nr 1 do SWKO,
  - b) Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,
  - c) Cennik Oferenta, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
  - d) Klauzula informacyjna, stanowiąca Załącznik nr 4 do SWKO,
  - e) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego/wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego\*,
  - f) wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, wraz z numerem księgi rejestrowej,
  - g) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*,
  - h) zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON/wydruk z Bazy Internetowej REGON\*,

Znak postępowania: KO 04/21

- i) decyzję o nadaniu NIP\*,
- j) pełnomocnictwo\*,
- k) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym prawo wykonywania zawodu lekarza,
- l) dyplom ukończenia studiów medycznych, posiadane specjalizacje oraz nadanie stopnia naukowego przez Radę Wydziału Lekarskiego\*,
- m) aktualne orzeczenie lekarskie, potwierdzające zdolność do pracy,
- n) numer konta bankowego,
- o) umowa ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne,

\*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)			

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii 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 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.
6. Oświadczam, że nie zawarłem / nie zawarłam\* jako świadczeniodawca umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonując działalność leczniczą w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/ ani w ramach prowadzonego indywidualnie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego / ani w ramach prowadzonego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej.\*

\*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:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii 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 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.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii	Wynagrodzenie godzinowe - .....zł

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

<b>Treść klauzuli</b>
<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> <ol style="list-style-type: none"><li>1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie,</li><li>2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@szpital-grajewo.pl</li><li>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.</li><li>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,</li><li>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</li><li>6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania</li><li>7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego</li><li>8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych będzie skutkować odmową rozpatrzenia Pani/Pana oferty oraz odmową zawarcia umowy</li><li>9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.</li></ol>

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