

OFERTA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZY
W PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH

Przedmiot konkursu:

1. **Część 1 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii w Poradni Kardiologicznej.**
2. **Część 2 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych w Poradni Chorób Wewnętrznych.**
3. **Część 3 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pediatrii w Poradni Pediatrycznej.**
4. **Część 4 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w Poradni Okulistycznej.**
5. **Część 5 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu endokrynologii w Poradni Endokrynologicznej.**

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. 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 13 miesięcy.
2. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia w ramach (właściwie zaznaczyć Części 1 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii w Poradni Kardiologicznej.
Części 2 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych w Poradni Chorób Wewnętrznych.
Części 3 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pediatrii w Poradni Pediatrycznej.
Części 4 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w Poradni Okulistycznej.
Części 5 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu endokrynologii w Poradni Endokrynologicznej.
- 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,
 - 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*,

Znak postępowania: KO 11/21

- g) pełnomocnictwo*,
- h) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom ukończenia studiów medycznych, posiadane specjalizacje oraz nadanie stopnia naukowego przez Radę Wydziału Lekarskiego*,
- i) aktualne orzeczenie lekarskie, potwierdzające zdolność do pracy,
- j) 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) | | | |

G

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

1. **Część 1 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii w Poradni Kardiologicznej.**
2. **Część 2 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych w Poradni Chorób Wewnętrznych.**
3. **Część 3 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pediatrii w Poradni Pediatrycznej.**
4. **Część 4 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w Poradni Okulistycznej.**
5. **Część 5 – Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu endokrynologii w Poradni Endokrynologicznej.**

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 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):

| 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) | | | |

G 7

CENNIK OFERENTA

Przedmiot konkursu:

1. Część 1 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii w Poradni Kardiologicznej.
2. Część 2 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych w Poradni Chorób Wewnętrznych.
3. Część 3 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pediatrii w Poradni Pediatrycznej.
4. Część 4 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w Poradni Okulistycznej.
5. Część 5 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu endokrynologii w Poradni Endokrynologicznej.

Udzielający zamówienia: Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie

| Lp. | Zakres zadań Oferenta | Cena jednostkowa |
|-----|---|---|
| 1 | Część 1 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii w Poradni Kardiologicznej. | Cena za jeden punkt: % stawki NFZ |
| 2 | Część 2 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych w Poradni Chorób Wewnętrznych. | Cena za jeden punkt: % stawki NFZ |
| 3 | Część 3 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pediatrii w Poradni Pediatrycznej. | Cena za jeden punkt: % stawki NFZ |
| 4 | Część 4 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w Poradni Okulistycznej. | Cena za jeden punkt: % stawki NFZ |
| | | Każdorazowa konsultacja szpitalna: -zł |
| | | Każdorazowe badanie zlecone przez Poradnię Medycyny Pracy: zł |
| 5 | Część 5 - Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu endokrynologii w Poradni Endokrynologicznej. | Cena za jeden punkt: % stawki NFZ |

*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) | | | |

