*Załącznik nr 1 do SWKO*

**OFERTA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZY**

**W PORADNI NEUROLOGICZNEJ**

##### Przedmiot konkursu:

1. **Zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej z zakresu neurologii udzielane w Poradni Neurologicznej zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju 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. ................................................... 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 12 miesięcy.

2. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia 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:

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. wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, wraz z numerem księgi rejestrowej,
6. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*,
7. pełnomocnictwo\*,
8. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom ukończenia studiów medycznych, posiadane specjalizacje oraz nadanie stopnia naukowego przez Radę Wydziału Lekarskiego\*,
9. aktualne orzeczenie lekarskie, potwierdzające zdolność do pracy,
10. 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) |  |  |  |

*Załącznik nr 2 do SWKO*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

##### Przedmiot konkursu:

1. **Zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej z zakresu neurologii udzielane w Poradni Neurologicznej zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju 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.

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) |  |  |  |

*Załącznik nr 3 do SWKO*

**ZMIANA**

**CENNIK OFERENTA**

Przedmiot konkursu:

1. **Zapewnienie kompleksowej opieki lekarskiej z zakresu neurologii udzielane w Poradni Neurologicznej zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju 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** |
| **1** | Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii w Poradni Neurologicznej. | Cena za jeden punkt: …...... % stawki NFZ |
|  |  | Konsultacja szpitalna - ……. zł |
|  |  | Badania zlecone przez Medycynę Pracy – …… zł |

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

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) |  |  |  |