

## FORMULARZ OFERTY

**Imię i nazwisko:** .....

**Nazwisko rodowe:** .....

**Imiona rodziców:** .....

**PESEL:** .....

**Numer telefonu:** .....

**Numer prawa wykonywania zawodu:** .....

**Tytuł zawodowy-naukowy zgodnie z przedstawionymi dokumentami:**

.....

**Specjalizacja w zakresie:** .....

**Numer dokumentu potwierdzającego specjalizację:** .....

**Numer rejestracyjny praktyki/działalności gospodarczej:** .....

**NIP:** .....

**REGON:** .....

**Adres praktyki:** .....

**Adres zamieszkania (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki):** .....

.....

**Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki lub adresem zamieszkania):**

.....

**Numer rachunku bankowego:** .....

Ja niżej podpisana/-y, odpowiadając na ogłoszenie dotyczące postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (dalej: USK-1) w zakresie

.....

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne, zawartymi w dokumentacji konkursowej i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że dane przedstawione w niniejszym „Formularzu oferty” są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
3. Informuję, iż uważam się za związanego/-ą niniejszą ofertą w okresie 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.
4. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności cywilnej i karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia.
5. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę osobiście w siedzibie USK-1, w szczególności w

.....  
przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z procedurami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.

6. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej lub zawrę umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej najpóźniej z dniem zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem. Jednocześnie zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC w terminie określonym we wzorze umowy.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia się wykonywania świadczeń objętych umową.
8. Oświadczam, że prowadzę<sup>\*niepotrzebne skreślić</sup>:
  - Indywidualną Praktykę Lekarską
  - Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską
  - Indywidualną Praktykę Lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
  - Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie ..... zarejestrowaną w OIL, zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń medycznych w zakresie

....., w tym:

1. zabezpieczenie medyczne pacjentów Udzielającego zamówienia,
2. udzielanie porad pacjentom w Poradni specjalistycznej w zakresie posiadanej specjalizacji,
3. udzielanie konsultacji specjalistycznych,
4. wykonywanie badań diagnostycznych,

a ponadto:

5. udział w komisjach i zespołach powoływanych zarządzeniami Dyrektora USK-1.

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu

.....  
w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w ramach udzielonego mi zamówienia na następujących warunkach cenowych:

| L.P. | Zakres -nazwa | Cena jednostkowa brutto<br>(ryczałt/stawka za godzinę/% od procedury lub limitu) |
|------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1.   |               |                                                                                  |
| 2.   |               |                                                                                  |
| 3.   |               |                                                                                  |
| 4.   |               |                                                                                  |
| 5.   |               |                                                                                  |
| 6.   |               |                                                                                  |
| 7.   |               |                                                                                  |
| 8.   |               |                                                                                  |
| 9.   |               |                                                                                  |

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 10. |  |  |
|-----|--|--|

wypełnić jeśli dotyczy

Zobowiązuję się do zawarcia z USK-1 umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od ..... do .....

Załączniki :

1. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu.
2. Aktualny wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub KRS,
3. Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych –

Jednocześnie oświadczam, że dokumenty w postaci:

1. j.w. ....,
  2. ....,
  3. ....,
  4. ....,
1. znajdują się już w dyspozycji USK-1 w związku ze złożeniem ich przeze mnie wraz z....., w związku z czym wnoszę o ich uwzględnienie w toku badania oferty poprzez załączenie przedmiotowych dokumentów do niniejszego formularza ofertowego oraz oświadczam, że powyższe dokumenty są aktualne na dzień złożenia przeze mnie niniejszej oferty.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie wszystkich danych osobowych zawartych w formularzu oferty.**

**Załączniki przekazane w formie elektronicznej i/lub\* papierowej potwierdzam za zgodność z oryginałem.**

**\*niepotrzebne skreślić**

Szczecin, dnia .....

.....

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
do podpisania i złożenia ofert

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. (Dz. Urz. UE L 119 str. 1), dalej: **RODO**, informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, z siedzibą: 71-252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1, KRS: 0000009581,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: [iod@spsk1.szn.pl](mailto:iod@spsk1.szn.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla potrzeb aktualnej i przyszłych rekrutacji - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a) RODO oraz Kodeksu Pracy,
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres tej i przyszłych rekrutacji jednak nie dłużej niż przez okres 2 lat,
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być powierzone do przetwarzania innym podmiotom w oparciu o umowę powierzenia. W każdym takim przypadku przekazanie danych nie uprawnia ich odbiorcy do dowolnego korzystania z nich, a jedynie do korzystania w celach wyraźnie wskazanych przez administratora. W każdym przypadku przekazanie danych nie zwalnia administratora z odpowiedzialności za ich przetwarzanie. Przekazywanie danych ma miejsce na ogół w przypadku współpracy z podwykonawcą (np. biuro rachunkowe) lub usługodawcą (np. dostawcą usług przechowywania danych). W każdym przypadku przekazanie danych nie zwalnia przekazującego z odpowiedzialności za ich przetwarzanie. Dane mogą być też przekazywane organom publicznym, o ile upoważniają ich do tego obowiązujące przepisy i przedstawia odpowiednie żądanie, jednak nigdy w innym przypadku.
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,
8. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,

podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nieprzekazanie spowoduje niemożność uczestniczenia w konkursie.

.....

Czytelny podpis oferenta