

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 PUM 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. W dniu składania ofert realizuję świadczenia objęte przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego, w ramach umowy zawartej z Udzielającym zamówienia (odpowiednie zaznaczyć X).

☐

TAK

☐

NIE

7. 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.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia się wykonywania świadczeń objętych umową.
9. Oświadczam, że prowadzę*niepotrzebne skreślić:
- 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 PUM w Szczecinie w ramach udzielonego mi zamówienia na następujących warunkach cenowych:

L.P.	Zakres - nazwa	Cena jednostkowa brutto (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.,

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
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