

.....  
Ofereant

**SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD  
OPIEKI ZDROWOTNEJ W JASIENICY  
43-385 Jasienica 845**

**O F E R T A**

**Składam ofertę na udzielanie świadczeń w zakresie porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Samodzielnym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jasienicy**

**Nazwa /imię i nazwisko:** .....

Adres: .....

tel.: .....

e-mail: .....

Zobowiązuję się do zapewnienia realizacji świadczeń oraz do realizowania umowy Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy z NFZ

Posiadam prawo wykonywania zawodu wydane przez(\*):

..... w roku.....

**(\*) dotyczy każdego lekarza mającego realizować przedmiotowe świadczenie zdrowotne**

Krótki opis dotychczasowej pracy zawodowej (\*):

.....  
.....  
.....  
.....

**(\*) dotyczy każdego lekarza mającego realizować przedmiotowe świadczenie zdrowotne**

1. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami konkursu, i że przyjmuję/przyjmujemy do realizacji obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń zdrowotnych na warunkach określonych przez Zamawiającego oraz zgodnie z jego zapotrzebowaniem i zobowiązuję się do rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych, z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny.

**Proponuję wynagrodzenie w wysokości stawki .....zł brutto za godzinę pracy**

**Deklaruję przepracowanie w tygodniu ..... godz. (nie mniej niż 8 godz. tygodniowo)**

2. Udzielając świadczeń medycznych będę/będziemy korzystać(a)/korzystali z pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy.
3. Udzielając oferowanych świadczeń medycznych zobowiązuję/emy się do współpracy z lekarzami oraz pielęgniarkami pracującymi na rzecz pacjentów Zleceniodawcy oraz udzielania i korzystania w razie potrzeby z konsultacji specjalistów pracujących w SGZOZ w Jasienicy oraz do prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi NFZ, a także do udzielania zgodnie z obowiązującymi przepisami informacji o stanie zdrowia chorych.
4. Zobowiązuję/emy się do zachowania w tajemnicy wszystkich danych stanowiących tajemnicę Zamawiającego oraz przestrzegania zasad poufności, wynikających z przepisów szczególnych odnoszących się do danych osobowych pracowników jak i pacjentów.
5. Zobowiązuję się zawrzeć umowę na realizację przedmiotowych świadczeń, na okres od **01.01.2022 r. do .....** **(nie krócej niż 31.12.2022 r.)**

6. **Oświadczam/y, że:**

- 1) że jestem/śmy wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej podmiotem wykonującym działalność leczniczą, lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielenia świadczeń zdrowotnych określonych w SWKO, oraz spełniamy warunki udziału w postępowaniu:
  - posiadam/y uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym wykonujemy działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;
  - posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
  - znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia
- 2) przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przez nas wykonywanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) uważam/y się za związanych złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
- 4) wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
- 5) realizacja umowy będzie zgodna z przepisami oraz warunkami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia
- 6) **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy, moich danych osobowych, zawartych w ofercie konkursowej w celu przeprowadzenia przedmiotowego postępowania konkursowego.**

7. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część oferty.

.....  
miejsce, data

.....  
Pieczęć i podpis Oferenta  
lub upoważnionego przedstawiciela Oferenta

Dane Oferenta: .....

Nazwa: .....

Adres: .....

## **OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z INFORMACJĄ O POBIERANIU DANYCH BEZPOŚREDNIO OD OSOBY KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

Oświadczam, że zapoznałem się z następującą klauzulą informacyjną:

„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 (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy, Jasienica 845, 43-385 Jasienica.
2. Kontakt Inspektorem Ochrony Danych jest zapewniony pod adresem e-mail: iod@sgzozjasienica.pl lub adresem poczty tradycyjnej administratora danych z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wyboru najlepszej oferty na udzielanie świadczeń w zakresie porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Samodzielnym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jasienicy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy).
4. Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem przewidzianym prawem, ani nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
5. Przekazane dane osobowe będą przetwarzane do 3 miesięcy od zakończenia procesu rozpatrywania złożonych ofert. Po tym terminie, w przypadku wcześniejszego nie odebrania przez Panią/Pana dokumentów, zostaną one zniszczone.
6. W okresie składania i rozpatrywania ofert, a także przetwarzania ich na potrzeby zawarcia umowy posiadają Pani/Pana prawo do:
  - a) dostępu do udostępnionych danych osobowych,
  - b) ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
  - c) prawo do przenoszenia danych,
  - d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
  - e) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
7. Niezależnie od praw wymienionych powyżej ma Pani/ Pan prawo w dowolnym momencie wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych. Należy jednak pamiętać, iż prawo to nie jest bezwzględne, a przepisy przewidują wyjątki od jego stosowania.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w celu określonym w pkt 3 jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia niniejszej umowy. W przypadku ich niepodania nie będzie można rozpatrzyć przesłanej oferty.
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Jeśli z jakiś powodów powyższe informacje nie będą kompletne, każdorazowo brakujące informacje Administrator lub nasz Inspektor Ochrony Danych prześle w odrębnym dokumencie, przed pozyskaniem danych.

.....  
Pieczętka i podpis Oferenta  
lub upoważnionego przedstawiciela Oferenta

Dane Oferenta: .....

Nazwa: .....

Adres: .....

.....

Nr telefonu komórkowego: .....

e-mail: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

### OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem *(proszę zaznaczyć i wypełnić właściwe pola)\**:

praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

    prowadzonego przez organ  
    rejestrowy.....

    pod numerem księgi rejestrowej.....

osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

2. jesteśmy aktywnym podmiotem gospodarczym wpisanym do *(proszę zaznaczyć i wypełnić właściwe pola)*:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Ewidencji Działalności Gospodarczej

*(zaznaczyć i wypełnić poniższe pola tylko w przypadku jeżeli danych podmiotu nie ma w CEIDG, tzn. jeżeli właściwy organ ewidencyjny, urząd miasta lub gmina nie przekazały do CEIDG danych znajdujących się w prowadzonych przez nie ewidencjach)*

    prowadzonej przez .....

    pod numerem .....

.....  
miejsowość, data

.....  
Pieczętka i podpis Oferenta  
lub upoważnionego przedstawiciela Oferenta

**\*właściwe zaznaczyć**

## OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się ubezpieczyć na cały okres obowiązywania umowy, poczynając od dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej oraz do dostarczenia w dniu rozpoczęcia świadczenia usług kserokopii zawartej umowy odpowiedzialności cywilnej lub dokumentu potwierdzającego zawarcie takiej umowy.

W przypadku posiadania aktualnej polisy, kończącej się w trakcie podpisanej umowy zobowiązuję się do zawarcia nowej polisy obejmującej pozostały okres trwania zobowiązania i dostarczenia jej kopii niezwłocznie Udzielającemu Zamówienia.

Zobowiązuję się do posiadania wymaganych przez Udzielającego Zamówienia aktualnego orzeczenia lekarskiego wystawionego przez właściwego lekarza medycyny pracy, stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy, a w przypadku wygasania ich ważności w trakcie trwania umowy, do wyrobienia w odpowiednim czasie nowych obejmujących pozostały okres trwania umowy i dostarczenia ich kopii Udzielającemu Zamówienia.

.....  
miejsowość, data

.....  
Pieczętka i podpis Oferenta  
lub upoważnionego przedstawiciela Oferenta