

## OFERTA

Dane o ofercie

.....

.....

.....

/imię i nazwisko lub nazwa, nr PESEL lub REGON i NIP, adres do korespondencji/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarzy w ramach umowy kontraktowej :

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z przedmiotem postępowania.
3. **Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w rodzaju:**

### 3.1. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień:

#### 3.1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych:

3.1.1.1. W Oddziałach Szpitalnych psychiatrycznych **w liczbie max .....** godzin .....zł/godz. brutto przez: lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii / lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii / lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii / lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży / lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży / lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży / \*

3.1.1.2. W Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym **w liczbie .....** godzin – kwota ryczałtu miesięcznego .....zł. brutto przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii / lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii / lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii / \*

3.1.1.3. W Izbie Przyjęć Szpitala w zakresie medycznych dyżurów w dni powszednie w godz. 14:35 – 7:00 oraz w sobotę, niedzielę i święta, **w liczbie max .....** godzin .....zł/godz. brutto przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii / lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii / lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii / \*

#### 3.1.2. Udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych:

W Poradni Zdrowia Psychicznego / Poradni Leczenia Uzależnień \* **w liczbie .....** godzin, przy stawce brutto 50% ceny za punkt jednostkowy rozliczeniowy, zakontraktowany z NFZ , przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii / lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii / lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii / \*

### 3.2. Rehabilitacja lecznicza:

**3.2.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w liczbie max .....** godzin .....zł/godz. brutto (przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii)

### 3.3. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna:

#### 3.3.1. Udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych:

W Poradni Neurologicznej dla Dorosłych \* **w liczbie .....** godzin – przy stawce brutto 50% ceny za punkt jednostkowy rozliczeniowy, zakontraktowany z NFZ (przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii).

---

- .....
- miejsowość, data                      (podpis(y) oferenta/upoważnionego przedstawiciela oferenta\*)

**Pouczenie:**

Na podstawie art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:

- **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest** Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, z siedzibą ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 000023375, NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133 nr tel. 95 7428700, e-mail: [sekretariat@obrzyce.eu](mailto:sekretariat@obrzyce.eu)
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na realizację zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz w celu realizacji usługi określonej w umowie i oparte jest na właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami podstawie prawnej tj. w przypadku danych zwykłych art. 6 ust. 1 pkt. b)c) oraz w przypadku danych szczególnych kategorii art. 9 ust 2 pkt. h) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
- Jest Pani/Pan zobowiązana(y) do podania danych osobowych. Obowiązek podania danych wynika z właściwych przepisów prawa, a w szczególności związanych z udziałem w postępowaniu konkursowym, ustawy o **zawodzie lekarza i lekarza dentysty**. Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych uniemożliwi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym/zawarcie umowy na udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. przez okres 10 lat od dnia zakończenia postępowania konkursowego, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały czas jej trwania oraz okres niezbędny do dochodzenia roszczeń wynikających z treści zawartej umowy.

**Ma Pani/Pan prawo do:**

- dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa.
- kontaktowania się z Inspektorem ochrony danych SPSNPCH we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dzwoniąc pod nr tel. 95 7428823, e-mail: [iod@obrzyce.eu](mailto:iod@obrzyce.eu)

.....  
miejsowość, data

.....  
(podpis(y) oferenta/upoważnionego przedstawiciela oferenta \*)