

O F E R T A

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 na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu , w miejscu udzielającego Zamówienie, w zakresach:

- Wykonywanie konsultacji lekarskich w zakresie internistycznej opieki lekarskiej z opisywaniem badań EKG, neurologii, otolaryngologii , pediatrii, pulmonologii;
- Świadczenie usług przez lekarza specjalistę w zakresie radiodiagnostyki z opisywaniem zdjęć;
- Świadczenie usług lekarskich w zakresie opisywania badań EEG dla dzieci i dorosłych;
- Wykonywanie konsultacji neurologicznych w ramach badań profilaktycznych pracowników Szpitala.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

i proponuję wynagrodzenie wg poniższej kalkulacji :

Lp	Zadania w ramach kontraktu	Forma wynagradzania	Deklarowana liczba godzin,konsultacji przyjazdów na dzień/tydzień/miesięcznie	Proponowana cena
1	Konsultacje lekarskie w zakresie internistycznej opieki lekarskiej z opisywaniem badań EKG			
2	Konsultacje lekarskie w zakresie neurologii			
3	Konsultacje lekarskie w zakresie otolaryngologii			
4	Konsultacje lekarskie w zakresie pediatrii			
5	Konsultacje lekarskie w zakresie pulmonologii			
6	Świadczenie usług przez lekarza specjalistę w zakresie radiodiagnostyki z opisywaniem zdjęć			
7	Świadczenie usług lekarskich w zakresie opisywania badań EEG dla dzieci i dorosłych			
8	Konsultacje lekarskie w zakresie neurologii w ramach badań profilaktycznych pracowników Szpitala			

3. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

4. Informacje dodatkowe (np. nr konta bankowego):

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

5. Oświadczam, że zawarty do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach. (W przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy - załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).

6. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.

7. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 z 04.05.2016), ustawą z 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000), innymi przepisami dotyczącymi przetwarzania danych [w tym przepisami branżowymi] i zapewniam Udzielającemu zamówienia wystarczające gwarancje bezpieczeństwa, aby przetwarzanie danych było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.

8. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

.....

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:

1. **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
2. 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.
3. 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 dentystry**. Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych uniemożliwi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym/zawarcie umowy na udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.
4. 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.
5. 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:

1. dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa,
2. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa.
3. 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

.....
miejsowość, data

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