

OFERTA

Dane o ofercie

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

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

/nr telefonu, e-mail/

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 *

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych – w Całodobowych Oddziałach Szpitalnych - miesięcznie w liczbie max..... godzin za zł./godz. brutto.

3.2. Program pilotażowy w Centrum Zdrowia Psychicznego*

3.2.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych:

3.2.1.1. W **Izbie Przyjęć Szpitala** miesięcznie w liczbie max godzin zazł./godz. brutto .

3.2.1.2. W **Oddziale Psychiatrycznym** miesięcznie w liczbie max godzin za zł./godz. brutto .

3.2.2. Udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych:

3.2.2.1. W **Poradni Zdrowia Psychicznego w Międzyrzeczu** w liczbie godzin miesięcznie, przy stawce brutto 60% ceny za punkt jednostkowy rozliczeniowy, zakontraktowany z NFZ .

3.2.2.2. W **Poradni Zdrowia Psychicznego w Skwierzynie** w liczbie godzin miesięcznie, przy stawce brutto 60% ceny za punkt jednostkowy rozliczeniowy, zakontraktowany z NFZ

4. Informacje dodatkowe (nr konta bankowego):

.....
.....

5. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 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

* niepotrzebne skreślić

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. ZAŁĄCZNIKI:

- (1) Dyplom ukończenia studiów medycznych.
- (2) Dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacje.
- (3) Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
- (4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
- (5) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- (6) Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG.
- (7) Poświadczona kserokopia polisy OC lub w przypadku braku w chwili podpisania zobowiązanie do posiadania polisy OC w chwili rozpoczęcia świadczenia usług tj. od dnia 01.01.2021r.
- (8) Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.

.....

miejsceowość, data

.....

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

INFORMACJA DLA OFERENTÓW (PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE) DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Szanowna(y) Pani/Pan,

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)* 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, ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz, KRS 0000023375 NIP: 596-15-22-446, REGON:000290133, tel. kontaktowy: 95 7428700, fax: 95 7428 701; 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 dentysty/~~ustawy o zawodzie pielęgniarke i położnej~~**. Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych uniemożliwi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym/~~zawarcie umowy na udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne~~**
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 5) Dane osobowe oferentów mogą być powierzane podmiotom przetwarzającym, realizującym zadania na polecenie i w imieniu pracodawcy, na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonych w umowie usług np. w ramach zleceń na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi.
- 6) 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.
- 7) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. przez okres 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.
- 8) Posiada 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 we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dzwoniąc pod nr tel. (95)7428823, pisząc na adres e-mail: iod@obrzyce.eu

..... dn.

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

*Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/4

** niepotrzebne skreślić

* niepotrzebne skreślić

INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA DLA OFERENTÓW (PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE) DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z MONITORINGIEM WIZYJNYM CCTV

Szanowna(y) Pani/Pan,

wypełniając obowiązek prawny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy Osoby, których wizerunek rejestrowany jest w systemie monitoringu, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, z siedzibą przy ul. Poznańskiej 109, 66-300 Międzyrzecz**, reprezentowany przez Dyrektora Szpitala. NIP: 596-15-22-446, REGON: 00029013, tel. Sekretariat: 95 7428700, fax. 95 7428701, e-mail: sekretariat@obrzyce.eu
2. Przetwarzanie danych osobowych w systemie monitoringu wizyjnego odbywa się w związku z uprawnieniami jakie przysługują Administratorowi danych.
3. Osoby, których wizerunek został zarejestrowany w systemie monitoringu, mają prawo do: kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, z wykonywaniem praw przysługujących na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz w sprawach związanych z ogólnymi zasadami funkcjonowania monitoringu w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.
4. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: nr tel. 95 7428 823; e-mail: iod@obrzyce.eu
5. Szczegółowa informacja dotycząca stosowania monitoringu wizyjnego CCTV w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu znajduje się w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Szpitala: www.obrzyce.eu w zakładce Ochrona Danych Osobowych.

.....dn.

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