

Wałbrzych dnia

*Załącznik nr 3 do Zarządzenia
Dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda
Sokołowskiego w Wałbrzychu nr 3/2022
z dnia 05.01.2022 r.*

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
ul. Sokołowskiego 4,
58-309 Wałbrzych**

O F E R T A

na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

Nawiązując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wykonywaniu usług medycznych w zakresie przyjęcia obowiązków na świadczenia zdrowotne w ramach umowy cywilnoprawnej (kontrakt) pacjentom objętym opieką medyczną w oddziałach, pracowniach i poradniach szpitalnych, składam ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

Imię i nazwisko

PESEL

Zawód

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (stopień)

Numer dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty

Numer wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską

.....

NIP REGON

Nr telefonu adres e-mail

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

Zarejestrowany adres Podmiotu Leczniczego

.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi indywidualną, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości (potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu stanowi załącznik do oferty).
6. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami złożonymi wraz z ofertą.

u

7. Proponuje liczbę godzin świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach:
- 1) od 07.00 do 14.35
 - 2) od 07.25 do 15.00
8. Proponuje ilość dyżurów medycznych:
- 1) w dni powszednie do 16 godz. 25 min.
 - 2) w soboty, niedziele i święta do 24 godz.
9. Proponuje ilość dyżurów w **Szpitalnym Oddziale Ratunkowym** (izba internistyczna i chirurgiczna).....
10. Proponuje wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą ofertą w wysokości złotych brutto,
- (słownie: złotych).
11. Proponuje wynagrodzenie za badanie w wysokości złotych brutto
- (słownie: złotych).

Oferent oświadcza także, że:

- bezwarunkowo akceptuje wzór umowy i w przypadku przyjęcia oferty przez Udzielającego zamówienia, zobowiązuje się do podpisania umowy o treści jak w załączniku do Zarządzenia numer **03/2022 z dnia 05.01.2022 r.**,
- prowadzona indywidualna, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska nie jest w stanie upadłości,
- jest/nie jest płatnikiem podatku VAT,
- akceptuje warunki płatności,
- utrzyma cenę ofertową przez okres obowiązywania umowy,
- zapoznał się ze standardami ISO 9001:2015 dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert i zobowiązuje się do realizowania umowy z zachowaniem tych standardów;
- utrzyma wysokość ubezpieczenia (polisa OC) przez cały okres trwania umowy.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Poświadczony **aktualny** wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej CEIDG.
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL.
3. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów dotyczących wykonywania zawodu medycznego tj.:
 - dyplom ukończenia studiów medycznych;
 - prawo wykonywania zawodu (wszystkie zapisane strony);
 - dyplom uzyskania tytułu/tytułów specjalisty;
 - certyfikaty i uprawnienia związane z zakresem świadczeń zdrowotnych;
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.

.....

(pieczęćka i podpis Oferenta)

CU

Zostałem/am poinformowany/a, o tym, że:

1. Administratorem moich danych osobowych podanych w formularzu oraz dokumentach konkursowych jest p.o Dyrektor Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych^[1]
2. Inspektorem ochrony danych w Specjalistycznym Szpitalu im dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu,^[2] jest Robert Wodejko - iod@zdrowie.walbrzych.pl^[3]
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach udziału w niniejszym procesie rekrutacyjnym oraz - w przypadku wyrażenia na to zgody- dalszych procesach rekrutacyjnych.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla wzięcia udziału procesie rekrutacyjnym, a w przypadku wyrażenia na to zgody - również dalszych procesach rekrutacyjnych.
5. Przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych w toku obecnej rekrutacji odbywa się w oparciu o dobrowolnie wyrażoną zgodę (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO). Przetwarzanie danych osobowych w dalszych procesach rekrutacyjnych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO).
6. Dane będą mogły być również przetwarzane niezależnie od wyrażonej zgody, w związku z dochodzeniem/obroną roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO).
7. Mam prawo do żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych **oraz prawo do złożenia oświadczenia o cofnięciu każdej wyrażonej zgody w każdym czasie. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.**
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres nie dłuższy niż przez czas trwania procesu rekrutacji. W razie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych również w dalszych procesach rekrutacyjnych moje dane osobowe będą przetwarzane w tym celu przez okres 30 dni^[4]. Moje dane osobowe będą mogły być przetwarzane przez okres przedawnienia roszczeń związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych w celach określonych w powyższej deklaracji zgody.
9. Moje dane nie będą przekazywane innym odbiorcom, ani do państw trzecich/organizacji międzynarodowych.^[5]
10. Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.^[6]
11. Przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (obecnie GIODO)
12. Brak powyższej zgody uniemożliwi nam rozpatrzenie oferty.

[1] Należy podać dane administratora danych - nazwę, siedzibę, adres, dodatkowo należy podać dane przedstawiciela jeżeli istnieje

[2] Należy podać dane administratora danych

[3] Należy podać dane inspektora ochrony danych - imię i nazwisko, e-mail (lub inne dane kontaktowe)

[4] Należy wskazać okres, przez jaki będą przetwarzane dane osobowe

[5] Jeżeli dane miałyby być przekazywane innym odbiorcom - należy ich wskazać; podobnie jeżeli dane miałyby być przekazywane do państw trzecich/organizacji międzynarodowej - należy wskazać taką informację, a także przekazać informację o stwierdzeniu lub braku stwierdzenia przez Komisję odpowiedniego stopnia ochrony lub w przypadku przekazania, o którym mowa w art. 46, art. 47 lub art. 49 ust. 1 akapit drugi, wzmiankę o odpowiednich lub właściwych zabezpieczeniach oraz o możliwościach uzyskania kopii danych lub o miejscu udostępnienia danych.

[6] Jeżeli dane miałyby być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania - konieczne jest przekazanie tej informacji, w tym także informacji o zasadach podejmowania tych decyzji oraz o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach takiego przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą.

