

Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie  
 ul. Czapliniecka 123, 97-400 Bełchatów

**FORMULARZ OFERTOWY  
 NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Dane o Oferencie:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania).....

numer prawa wykonywania zawodu.....

Telefon.....

Dane o prowadzonej działalności gospodarczej:

Nazwa i adres firmy.....

1. Niniejszym przystępuję do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i składam ofertę na wykonanie przedmiotowego zamówienia, zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu.
2. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w poniższym zakresie przedmiotu konkursu:

Pakiet Nr 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa w miejscu udzielania świadczeń						
<b>10 970 godzin</b>						
Maksymalna liczba godzin niezbędna do zabezpieczenia świadczeń przewidziana na okres objęty konkursem	Maksymalna oferowana liczba godzin przez Oferenta przewidziana na okres objęty konkursem	Cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń		Staż pracy w zawodzie *		
		od poniedziałku do piątku (dyżur 14 godzinny)	soboty, niedziele, święta ( dyżur 12 godzinny)	do 5 lat	od 5 do 10 lat	powyżej 10 lat
10970						

\* - zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, SWK oraz z projektem umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń oraz, że uzyskałem(-am) wszelkie informacje niezbędne do przygotowania i złożenia oferty.
2. Oświadczam, że nie toczy się wobec mnie postępowanie karne i nie jestem pozbawiony prawa wykonywania zawodu.
3. Uważam się związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Proponowany czas trwania umowy: .....
5. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych, warunkami lokalowymi, wyposażeniem w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i

łączności.

6. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

..... dnia .....2019r.  
(miejsceowość)

.....  
(podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)

**Do oferty załączam następujące dokumenty:**

- a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje,
- b) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- c) aktualny odpis z właściwego rejestru w OIPiP (jeśli Oferent posiada zarejestrowaną działalność)
- d) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony <https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/>), (jeśli Oferent posiada zarejestrowaną działalność)
- e) kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- f) kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze pielęgniarki,
- g) zaświadczenie o szkoleniu BHP, W przypadku braku niniejszego zaświadczenia, należy dołączyć oświadczenie o poddaniu się szkoleniu na własny koszt w terminie organizowanego szkolenia przez Udzielającego zamówienia najpóźniej do 31.05.2019 r.
- h) podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
- i) oświadczenie o nr konta bankowego,

**Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis – „potwierdzono za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczęć) Oferenta.**  
**UWAGA: oferty nie odpowiadające wymogom opisanym w SWK i w powyższym formularzu będą ODRZUCONE.**

**Klauzula obowiązku informacyjnego**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1) administratorem danych osobowych **Oferenta** jest Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, adres: ul. Czaplinska 123, 97-400 Bełchatów;

2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@szpital-belchatow.pl](mailto:iod@szpital-belchatow.pl);

3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu 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 mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;

2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;

4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.