

Konkurs o charakterze ciągłym – otwarcie w każdy piątek

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na rzecz Miejskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmie

**Miejski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Chełmie
ul. Wołyńska 11
22 – 100 Chełm**

OFERTA

w postępowaniu konkursowym na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń medycznych w zakresie kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów Miejskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmie.

Dane oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa Oferenta	
Adres zamieszkania /siedziby	
Telefon	
Adres e-mail	
Nr PESEL	
Nr NIP	
Nr REGON	
Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Posiadane specjalizacje lekarskie rodzaj i stopień	

Dane lekarza planowanego do realizacji świadczeń

(wypełnić jedynie w przypadku, gdy oferentem jest podmiot zbiorowy, tzn. oferty nie składa osoba prowadząca indywidualnej praktyki lekarskiej)

w przypadku Oferenta zbiorowego (grupowa praktyka spółka z o.o. itp.) dane dotyczące lekarza należy wypełnić odrębnie dla każdego z lekarzy przedstawianych w ofercie

Imię i nazwisko lekarza	
Adres zamieszkania	
Telefon	
Adres e-mail	
Nr PESEL	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Posiadane specjalizacje lekarskie rodzaj i stopień	

Warunki świadczenia usług medycznych

1) Cena

stawka godzinowa podana w złotych za 1 godzinę świadczenia usług medycznych w zakresie kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów Miejskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmie	
Cyfrowo	słownie

2) Dostępność

Dzień tygodnia	Liczba godzin	Przedział czasowy dostępności	
		Od godziny	Do godziny
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			

3) Proponowany okres świadczenia usług medycznych

- a) miesięcy od daty zawarcia umowy *
- b) czas nieokreślony *

* *zaznaczyć właściwe*

.....
(Miejscowość, data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

Do oferty należy załączyć:

- 1) oświadczenie Oferenta – według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego,
- 2) poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Oferenta kopię prawa wykonywania zawodu lekarza,
- 3) poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Oferenta kopię dyplomu ukończenia uczelni medycznej,
- 4) poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Oferenta kopię dyplomu specjalizacji (jeśli dotyczy),
- 5) poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Oferenta kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia umożliwiającym podjęcie świadczenia usług medycznych,
- 6) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta (jeśli dotyczy).

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia 16 lutego 2022 r.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na rzecz Miejskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmie nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone do Oferty dokumenty lub ich kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
6. Oświadczam, że nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów.
7. Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).

.....
(Miejscowość, data i podpis Oferenta)

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych osób ubiegających się o udzielenie zamówienia

ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Dyrektor Miejskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmie (zwany dalej „MSP ZOZ”), adres: ul Wołyńska 11, 22-100 Chełm , REGON: 110269323, telefon 82-563-05-19 dalej „MSP ZOZ w Chełmie” lub „Administrator”.

CEL PRZETWARZANIA DANYCH

Rozpatrzenie złożonej oferty, poinformowanie o prowadzonej rekrutacji i zaproszenie na rozmowę kwalifikacyjną.

DANE, KTÓRE PRZETWARZAMY

Podanie danych w ramach składanej oferty jest obowiązkowe w zakresie danych zawartych w dokumentach przedłożonych celem potwierdzenia wykonywania działalności leczniczej lub nabycia fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Te dane będziemy przetwarzać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (dalej: RODO).

Przetwarzanie pozostałych danych wiąże się z umożliwieniem kontaktu z oferentem oraz rozpatrzeniem składanej oferty pod względem spełnienia wymagań dla prawidłowej realizacji udzielanego zamówienia. Podanie tych danych jest niezbędne, a ich przetwarzanie będzie realizowane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO.

CZAS PRZETWARZANIA DANYCH

Podane dane osobowe przetwarzane będą przez 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu z uwzględnieniem terminu rozpatrzenia ewentualnych uzasadnionych protestów. Po tym czasie dokumenty złożone w ramach ofert, które nie zostały wybrane zostaną usunięte.

UDOSTĘPNIANIE DANYCH

Podane dane w zakresie imienia i nazwiska oraz adresu korespondencyjnego będą ujawniane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, w celu przesłania niezbędnych informacji.

PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA

Posiada Pani/Pan również prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia ich przetwarzania. Żądania można kierować na wskazany adres MSP ZOZ w Chełmie lub drogą mailową na adres iod@msopzochelm.pl

Ma Pani/Pan także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

KONTAKT Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych można uzyskać poprzez e-mail: iod@msopzochelm.pl lub korespondencyjnie na adres Udzielającego zamówienia podany powyżej.

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej ofertę