## Numer postępowania: 2/KO/04/2025

## ..………………………………………….. Załącznik nr 1 do SWKO

 Pieczęć nagłówkowa oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

**OPIEKA LEKRSKA**

Dotyczący postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne :

pełnienie opieki lekarskiej na rzecz Uzdrowiska Ciechocinek S. A. w Ciechocinku

**Dane oferenta**

Pełna nazwa : ……………………………………………………………………………………………………..

Adres : ……………………………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu komórkowego : ………………………………………………………………………………………

Adres e-mail : ……………………………………………..............................................................................

Działalność gospodarcza zarejestrowana w: ………………………………………………………………………………………………………………..

Odpowiadając na ogłoszenie do wzięcia udziału w przedmiotowym konkursie ofert składam ofertę na zadanie nr ……

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie 1:**  | **leczenie pacjentów NFZ - "Szpital 1" i Sanatorium dla dorosłych Markiewicz** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Treść** | **Lekarze** | **Liczba łóżek** | **Osobodni robocze** | **Cena osobodnia roboczego** | **Wartość dla 175** **osobodni** |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6 = 3 X 4 X 5** |  |
| Zadanie 1 | 1 | 40 | 175 |   |   |  |
| Zadanie 1A | 1 | 40 | 175 |  |  |  |

Cena oferty netto ( 175 osobodni ) – ……………. zł (słownie: …………………………………………… )

Podatek VAT ( 175 osobodni) - zł

Cena oferty brutto ( 175 osobodni ) - …………….. zł (słownie: ……………………………………… ….)

1. Zobowiązuję się do realizacji powyższych świadczeń zgodnie z warunkami konkursu w okresie od

 dnia 22.04.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.

2. Oświadczam że zapoznałem/am się ze Szczegółowymi "Warunkami Konkursu, wzorem umowy i akceptuję je nie zgłaszając żadnych zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że złożona oferta odpowiada warunkom zamówienia i jest ważna przez okres związania ofertą wynoszący 30 dni roboczych

4. Oświadczam, że oferowane świadczenia zdrowotne będą wykonywane rzetelnie, celowo, na poziomie zgodnym z obowiązującymi standardami zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych medycznych, sanitarnych, epidemiologicznych, BHP. p pożarowych itp.

5. W przypadku otrzymania zamówienia zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez zamawiającego, nie później jednak niż do końca okresu związania ofertą.

6. W skład oferty wchodzą następujące dokumenty:

1) formularz ofertowy

2) kserokopia dyplomu lekarza;

3) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej;

4) kserokopia dyplomów dotyczących uzyskania tytułów naukowych;

5) kserokopia prawa wykonywania zawodu;

6) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Izby Lekarskiej lub odpis z rejestru.

7) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,

8) polisa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych odpowiadająca wymaganiom zawartym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy (OC indywidualnej praktyki lekarskiej, na kwotę min. 75.000,00 euro )

9) zaakceptowany wzór umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

 10) pisemne zobowiązanie do podpisania umowy w przypadku wyboru oferty

 11) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zadaniach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego);

 12) oświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek ZUS

 13) oświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek podatku do US

 14) oświadczenie Oferenta o zapewnieniu ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości

 udzielanych świadczeń, oraz kwalifikacjach personelu

Wyżej wymienione dokumenty mogą być złożone w formie oryginałów lub kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osobę / osoby uprawnioną do podpisania oferty z dopiskiem “za zgodność z oryginałem".

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest : Uzdrowisko Ciechocinek S. A., ul. Kościuszki 10,

 87-720 Ciechocinek

1. Inspektorem ochrony danych osobowych w Uzdrowisku Ciechocinek S.A. jest Pan Cezary Kowalski – tel. 54 283 60 78 , e-mail : iod@uzdrowiskociechocinek.pl
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO, w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego, zawarcia i wykonywania umowy oraz po zakończeniu obowiązywania umowy, w czasie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania, zgodnie z wymaganiami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - przez czas określony w tych przepisach oraz regulacjach wewnętrznych.
3. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane wyłącznie do podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, porozumienia o współadministrowaniu lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu realizacji niniejszej umowy (w szczególności organom kontrolującym).
4. Państwa prawa: W związku z przetwarzaniem przez nas Państwa danych przysługuje Państwu:
5. prawo żądania dostępu do treści danych;
6. prawo żądania sprostowania danych;
7. prawo żądania usunięcia danych;
8. prawo żądania ograniczenia przetwarzania;
9. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
10. prawo żądania przenoszenia danych
11. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie;
12. prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, w sytuacji gdy dane, które przetwarzamy pozyskaliśmy na podstawie Państwa zgody. Cofnięcie zgody nie może jednak wpływać na zgodność z prawem ich przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem.
13. Państwa dane osobowe nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
14. Podanie danych osobowych jest konieczne do postępowania konkursowego. Odmowa ich podania uniemożliwia przystąpienia do konkursu.

Ciechocinek dn. ……………..… r. …….…………………………