Załącznik nr 1 do SWKO

Poddębice, dnia ………………

Poddębickie Centrum Zdrowia

Spółka z o. o. w Poddębicach

99 – 200 Poddębice

ul. Mickiewicza 16

Formularz ofertowy

*na* **„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki wg ustalonego harmonogramu pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** Poddębickiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Poddębicach**”**

Imię

Nazwisko

PESEL

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (jeśli posiada)

Nr dokumentu i data wydania specjalizacji

Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich wykonywanych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego prowadzonego przez właściwą ORPiP ………………………………………………………

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej wg CEIDG ………………

REGON …………………………………………………………………........................................

NIP.…….……………………………………………………………………………………………

Nr telefonu …………………………………………………………e-mail

Adres zamieszkania/siedziby

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania/siedziby) .

……………………………………………………………………………………………………………

Przedmiotem niniejszej oferty u**dzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki wg ustalonego harmonogramu pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** Poddębickiego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Poddębicach na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie PCZ Spółka z o. o.   
   w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Złożenie kopii polisy ubezpieczeniowej, o której mowa nastąpi najpóźniej w dniu podpisania mowy.
5. ***Wynagrodzenie:***

***1) Deklaruję średnio w miesiącu ………………………….. godzin***

***2) Proponuję wysokość stawki w kwocie: ……………………………..* zł brutto** za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

1. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował n/w załącznikami .

7. Oświadcza , iż świadczeń zdrowotnych w w/w zakresie udzielał/a/ przez okres **………. lat**

i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego Zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

**Rodzaj umowy cywilnoprawnej\***(właściwe zaznaczyć krzyżykiem)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Umowa zlecenie |  |
| 2. | Umowa kontrakt (działalność gospodarcza) |  |

W przypadku wyboru opcji 1. należy wypełnić załącznik nr 1 do formularza ofertowego.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopia dyplomu ukończenia szkoły.

2. Kopia prawa wykonywania zawodu.

3. Kopia/e posiadanych specjalizacji.

4. Aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (oferent prowadzący działalność gospodarczą).

5. Aktualny wypis z Księgi Rejestrowej ORPiP (***wpisu w rejestrze prowadzonym przez właściwą ORPiP   
o wykonywaniu działalności leczniczej w formie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Uzupełnienie wpisu z adresem miejsca udzielania świadczeń: 99-200 Poddębice, ul. Mickiewicza 16 oraz nazwą podmiotu leczniczego – Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o. o.*** *(oferent prowadzący działalność gospodarczą).*

6. Kopie dokumentów posiadanych kwalifikacji oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje   
i doświadczenie zawodowe *(jeśli posiada).*

7. Kopia polisy OC zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. *(bezwzględnie wymagana najpóźniej w dniu podpisania umowy, o ile powyższy dokument nie został dołączony do formularza ofertowego).*

8. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia *(bezwzględnie wymagana najpóźniej w dniu podpisania umowy, o ile powyższy dokument nie został dołączony do formularza ofertowego).*

9. Kopię aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych *(bezwzględnie wymagana najpóźniej w dniu podpisania umowy, o ile powyższy dokument nie został dołączony do formularza ofertowego).*

10. Załącznik nr 1 do formularza ofertowego – Oświadczenie zleceniobiorcy *(dotyczy umowy zlecenia).*

**Kopie wszystkich dokumentów Oferent przedkłada w formie oryginału lub kserokopii potwierdzonej przez siebie za zgodność z oryginałem przez Oferenta**

Oferenci, którzy mają podpisaną umowę z PCZ, poza wypełnionym i podpisanym formularzem ofertowym – Załącznik nr 1 do SWKO oraz oświadczeniem zleceniobiorcy – Załącznik nr 1 do formularza ofertowego, nie składają pozostałych dokumentów, chyba że wcześniej Oferenci nie dopełnili obowiązku złożenia wymaganych przez Udzielającego zamówienie dokumentów.

…………………………………………………………………

Podpis Oferenta

***Klauzula informacyjna***

*Zgodnie z art. 13. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 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 4 maja 2016 r.), dalej RODO, Zarząd Spółki PCZ informuje:*

1. *Administratorem Danych Osobowych pozyskanych od uczestnika postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w tym danych osobowych osób reprezentujących Oferenta oraz osób wyznaczonych przez niego do kontaktów z Zamawiającym w trakcie postępowania a także w trakcie realizacji umowy, jest Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. z siedzibą w Poddębicach (99-200) ul. Mickiewicza nr 16. (dalej Administrator).*
2. *Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych, można kontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej:* [*sekretariat*](mailto:sekretariat)[*@nzozpcz.pl*](mailto:sekretariat@wsss.wroc.pl#_blank)*.*
3. *Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6. ust. 1. lit. c. i e.) RODO w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz przepisów ustawy o działalności leczniczej.*
4. *Dane osobowe będą mogły być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich uzyskania danych na podstawie odrębnych przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcom świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych, serwisantom).*
5. *Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania i nie będą przekazywane do państw trzecich.*
6. *Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat licząc od dnia zakończenia postępowania konkursowego.*
7. *Obowiązek podania danych jest wymogiem związanym z udziałem w postępowaniu konkursowym. Konsekwencją niepodania danych określonych w formularzu ofertowym i w załącznikach do niego, będzie odrzucenie oferty.*

*Uczestnikowi postępowania konkursowego przysługuje prawo żądania od Administratora: uzyskania w jego siedzibie kopii swoich danych osobowych; dostępu do nich; ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18. ust. 2. RODO; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; przenoszenia danych; cofnięcia w dowolnym momencie zgody na ich przetwarzanie; wniesienia skargi do organu nadzorczego.*

…………………………………………………………………

Podpis Oferenta