

ZAPYTANIE OFERTOWE

**DYREKTOR WOJEWÓDZKIEGO WIELOSPECJALISTYCZNEGO CENTRUM
ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI**
zaprasza do złożenia oferty cenowej na świadczenie usług w zakresie
świadczenia usług diagnostyki laboratoryjnego w Pracowni Badania Szpiku

1. **Warunki udziału:**

- > Lekarz, diagnosta laboratoryjny
 - > Min. 3 - letnie doświadczenie w zakresie wykonywania biopsji aspiracyjnej szpiku kostnego i trepanobiopsji szpiku kostnego.
2. Dostępność usług 4 dni w tygodniu w wymiarze 30 godzin tygodniowo.
3. Sposób finansowania - stawka za godzinę usługi.
4. **Okres świadczenia usług:** od dnia zawarcia umowy do dnia 31.12.2021 r.
5. Kryteria oceny ofert:
Przy wyborze najkorzystniejszej oferty ocenie podlegać będą następujące kryteria:
6. Cena oferty - 100%
7. **Sposób i miejsce złożenia oferty:**

- 1) Ofertę należy sporządzić w języku polskim.
- 2) Oferta musi zawierać: Wypełniony „Formularz ofertowy” (zał. nr 1)
- 3) Podpisaną ofertę wraz z załącznikiem należy przysyłać na adres:

**Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi**

**Dział Organizacyjno - Prawny
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62**

lub składać osobiście w zamkniętej kopercie w Kancelarii Centrum
z dopiskiem:

**„2021/16/NO Oferta na świadczenie usług w zakresie świadczenia usług
diagnostyki laboratoryjnego w Pracowni Badania Szpiku”**

- 4) **Termin składania ofert: 23.03.2021 r. do godz. 10.00**
Decyduje data faktycznego wpływu oferty do Zamawiającego.
- 5) Oferty, które wpłyną po terminie zostaną odrzucone.

Bliższe informacje pod nr tel. 42 689 59 03 lub e-mail:
ia.pietrzyk@kopernik.lodz.pl



Numer sprawy 2021/16/NO
CPV: 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie

FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

na świadczenie usług w zakresie świadczenia usług diagnostyki laboratoryjnego
w Pracowni Badania Szpiku

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 1. | Nazwa Oferenta/ imię i nazwisko | | |
| 2. | Województwo | | |
| 3. | Kod pocztowy | | |
| 4. | Miejscowość | | |
| 5. | Ulica | | |
| 6. | Nr domu, nr lokalu | | |
| 7. | email do kontaktu | | |
| 8. | nr telefony do kontaktu | | |
| 9. | Nr prawa wykonywania zawodu Nr PWZDL | | |
| 10. | Nr prawa wykonywania zawodu Nr PWZ | | |
| 11. | Specjalizacja w zakresie | | |
| 12. | NIP | | |
| 13. | REGON | | |
| 14. | Cena netto za godzinę usługi | | |
| 15. | Cena brutto za godzinę usługi | | |
| 16. | Proponowany okres zawarcia umowy | | |

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
3. Świadczeń zdrowotnych objętych ofertą udzielać będę w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego
4. Moje uprawnienia do wykonywania zawodu są aktualne i że nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.
5. Prowadzę Specjalistyczną Indywidualną Praktykę Lekarską w dziedzinie, zarejestrowaną w rejestrze OIL/KIDL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
6. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
7. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości
8. Zostałem poinformowany, że:
 - a) administratorem moich danych osobowych jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, adres: ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź;
 - b) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@kopernik.lodz.pl;
 - c) 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;
 - d) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
 - e) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
 - f) mam prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
 - g) moje dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
 - h) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
 - i) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
 - j) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe

9. Zobowiązuję się do przedłożenia na dzień podpisania umowy:

- a) poświadczonych kopiami dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje będące przedmiotem zamówienia (odpis prawa wykonywania zawodu, odpis dyplomu specjalizacyjnego, certyfikaty)
- b) Poświadczonej kopii aktualnego zaświadczenia lekarskiego – badań profilaktycznych
- c) Poświadczonej kopii aktualnego zaświadczeń o szkoleniu bhp personelu wykonującego usługi będące przedmiotem zamówienia
- d) Poświadczonej kopii wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych
- e) Poświadczonej kopii wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub kopia wpisu do KRS
- f) Poświadczonej kopii polisy (oc) na równowartość 350 tys Euro.

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

Łódź, dnia.....

DYREKTOR
Wojewódzkiego Wielo specjalistycznego
Centrum Onkologii i Traumatologii
im. M. Kopernika w Łodzi
mgr inż. Andrzej Kasprzyk