

ZAPYTANIE OFERTOWE

DYREKTOR WOJEWÓDZKIEGO WIELOSPECJALISTYCZNEGO CENTRUM ONKOLOGII I TRAUMATOLOGII IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI

zaprasza do złożenia oferty cenowej na świadczenie usług specjalisty
dermatologa na rzecz pacjentów Szpitala Kopernika w Łodzi

1. **Zakres zadań** : konsultacje lekarskie w oddziałach szpitalnych
2. **Wymagania** : specjalizacja w zakresie dermatologii
3. **Dostępność usługi** : miesięczna szacunkowa liczba konsultacji - 10
4. Sposób finansowania - stawka za jedną konsultację
5. **Okres świadczenia usług**: od dnia zawarcia umowy do 36 miesięcy.
6. Kryteria oceny ofert: przy wyborze najkorzystniejszej oferty ocenie podlegać będą następujące kryteria - 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 przesyłać na adres:

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

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

lub

emailem na adres: ia.pietrzyk@kopernik.lodz.pl

lub


złożyć osobiście w zamkniętej kopercie w Kancelarii Centrum

z dopiskiem: „**2021/27/2/NO Oferta na świadczenie usług specjalisty
dermatologa**”

8. **Termin składania ofert: 28.05.2021 r.**
Decyduje data faktycznego wpływu oferty do Zamawiającego.
9. Oferty, które wpłyną po terminie zostaną odrzucone.

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

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





Numer sprawy 2021/27/2/NO
 CPV: 8521200-5 specjalistyczne usługi medyczne

FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

Na świadczenie usług specjalisty dermatologa

1.	Nazwa Oferenta imię i nazwisko os	
Adres siedziby:		
2.	Województwo	
3.	Kod pocztowy	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr domu, nr lokalu	
7.	email do kontaktu	
8.	nr telefony do kontaktu	
9.	NIP:	REGON:
10.	Specjalizacja w zakresie:	
11.	Tytuł naukowy:	
12.	Cena brutto za jedną konsultacje w siedzibie zamawiającego	
13.	Gotowość realizacji usług w miesiącu	Liczba:
14.	Dyspozycyjność usług: (dni tygodnia/godziny)	
15.	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. Specjalistycznych świadczeń objętych ofertą udzielać będę w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
4. Moje uprawnienia do wykonywania zawodu są aktualne i nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie wyjaśniające ani postępowanie przygotowawcze.
5. Posiadam wykształcenie zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
6. Świadczeń objętych niniejszym postępowaniem 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 ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub kopia wpisu do KRS
- e) Poświadczonej kopii polisy (oc) na równowartość 350 tys Euro.

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

Łódź, dnia.....