

**FORMULARZ OFERTY
O F E R T A
na wykonywanie usług medycznych****I. DANE O OFERENCIE:**

1.	Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o udzielenie zamówienia	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym	
3.	Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu	
4.	Numer telefonu	
5.	Numer fax/email	
6.	Numer rejestru sądowego KRS	
7.	Nazwa i siedziba sądu	
8.	Numer rejestru podmiotów leczniczych	
9.	Nazwa organu prowadzącego rejestr	
10.	Numer NIP	
11.	Numer REGON	
12.	Imię i nazwisko oraz nr.tel. osoby odp.za nadzór merytoryczny nad realizacją świadczeń zdrowotnych	
13.	Numer konta bankowego wraz z nazwą i siedzibą banku	

II. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert” (SWKO) oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w projekcie umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
4. Uważam się związany ofertą na czas wskazany w SWKO.
5. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie z harmonogramem i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
6. Zapewniam udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje wskazane przez Udzielającego zamówienia w SWKO.
7. Zapewniam, że uprawnienia osób wskazanych do wykonania usługi są aktualne i że nie toczy się w stosunku do nich postępowanie wyjaśniające przed

Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.

8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości obejmującą Usługi świadczone przez zgłoszony personel (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy.)*
9. Oświadczam, że personel wskazany w ofercie został poinformowany, że:
 - a) administratorem jego 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 można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@kopernik.lodz.pl;
 - c) administrator będzie przetwarzał dane osobowe personelu 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) personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
 - g) dane osobowe personelu będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
 - h) personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich 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

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

III. OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH

1. Zobowiązuję się świadczyć usługi medyczne w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi:

a) w Oddziale

- Cena bruttozł za 1 godzinę usługi w godzinach ordynacji,

Gwarantuję gotowość do wykonania w miesiącu liczby godzin usługi w godzinach ordynacji.

b) w Poradni stawka za udzieloną zgodnie ze standardami i wymogami NFZ i prawidłowo sprawozdaną poradę przy czym Udzielający zamówienie różnicuje następujące wysokości stawki:

- cena zł za 1 prawidłowo sprawozdaną poradę w ramach katalogu świadczeń JGP, gdy wizyt pierwszorazowych pacjentów, którzy oczekują w kolejce w Wojewódzkiej Poradni Hematologicznej zrealizowano **do (włącznie) 15 porad** w danym miesiącu rozliczeniowym,
- cena zł za 1 prawidłowo sprawozdaną poradę w ramach katalogu świadczeń JGP, gdy wizyt pierwszorazowych pacjentów, którzy oczekują w kolejce w Wojewódzkiej Poradni Hematologicznej zrealizowano **powyżej 15 porad** w danym miesiącu rozliczeniowym,
- cena zł za 1 prawidłowo sprawozdaną poradę **spoza katalogu świadczeń JGP**, gdy wizyt pierwszorazowych pacjentów, którzy oczekują w kolejce w Wojewódzkiej Poradni Hematologicznej zrealizowano **do (włącznie) 15 porad** w danym miesiącu rozliczeniowym,
- cena zł za 1 prawidłowo sprawozdaną poradę **spoza katalogu świadczeń JGP**, gdy wizyt pierwszorazowych pacjentów, którzy oczekują w kolejce w Wojewódzkiej Poradni Hematologicznej zrealizowano **powyżej 15 porad** w danym miesiącu rozliczeniowym,

2) Deklaruję dostępność usług w poradni:

Poniedziałek godz.	Wtorek godz.	Środa godz.	Czwartek godz.	Piątek godz.
od do	od do	od do	od do	od do

Zobowiązuje się do realizacji świadczeń w poradni minimalnie raz w tygodniu (liczba deklarowanych godzin w Poradni – 5h)

2. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy:miesiący.

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

***ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:**

1. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z istotnymi postanowieniami umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania jego oferty (**Załącznik nr 1 A do SWKO**),
2. kopia wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych
3. kopia wpisu do KRS
4. potwierdzenie zawarcia aktualnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, odpowiadające wymaganiom określonym w umowie tj. polisy oraz potwierdzenie opłacenia należnych składek albo oświadczenie, że przed rozpoczęciem świadczenia usług, takie polisy dostarczy i będzie ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy,
5. wykaz personelu medycznego
6. oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe niezbędne do świadczenia usług lekarskich będących przedmiotem postępowania. (Kopie dokumentów wykonawca przedstawi na każde żądanie Zamawiającego)
7. oświadczenie Przyjmującego zamówienie, że personel wykonujący usługi będące przedmiotem zamówienia posiada aktualne zaświadczenia lekarskie – badań profilaktycznych
8. oświadczenie Przyjmującego zamówienie, że personel wykonujący usługi będące przedmiotem zamówienia posiada aktualne zaświadczenia o szkoleniach bhp
9. oświadczenie Przyjmującego zamówienie, że personel wykonujący usługi będące przedmiotem zamówienia posiada aktualne zaświadczenia o ochronie radiologicznej – jeżeli dotyczy
10. oświadczenie o niepozostawianiu personelu przez niego zatrudnionego w stosunku pracy z Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi lub zobowiązanie oferenta do rozwiązania stosunku pracy pomiędzy personelem przez niego zatrudnionym a Udzielającym zamówienia lub podanie wykazu w/w personelu;
11. pełnomocnictwo

**niepotrzebne skreślić*