

FORMULARZ OFERTY**I. DANE O OFERENCIE:**

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie.....

Nr dokumentu specjalizacji (dla podmiotu w trakcie specjalizacji).....

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

NIP.....REGON.....

Adres siedziby.....

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

Telefone-mail.....

II. OŚWIADCZENIE OFERENTA:**OFERENT OŚWIADCZA, IŻ**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert” 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 Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem 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 Udzielającego zamówienia.
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 indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich w OIL 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 Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy.*
8. Uważam się związany ofertą na czas wskazany w SWKO.
9. 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

.....
(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 minimum 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*)

**niepotrzebne skreślić*

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY*:

1. Poświadczony kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (odpis prawa wykonywania zawodu, odpis dyplomu specjalizacyjnego, certyfikaty) – *zał. nr 1*
2. Poświadczona kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego – badania profilaktycznego – *zał. nr 2*
3. Poświadczona kopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu bhp – *zał. nr 3*
4. Kopia wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych – *zał. nr 4*
5. Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub kopia wpisu do KRS – *zał. nr 5*
6. Kserokopia polisy oc lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – *zał. nr 6*
7. Kserokopia zaświadczenia o ochronie radiologicznej – jeżeli dotyczy – *zał. nr 7*
8. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - *zał. nr 8.*

**-niepotrzebne skreślić*