

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz

Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Ostrowi Mazowieckiej, 07-300 Ostrów Mazowiecka, ul. Duboisa 68

OGÓLNE DANE O OFERENCIE

NAZWA OFERENTA (według wpisu do właściwego rejestru)

.....,

OSOBA REPREZENTUJĄCA:

DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ:

Forma prowadzonej działalności (spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, spółka akcyjna, itp.)

.....

Adres siedziby prowadzonej działalności

.....

.....

.....

Dane kontaktowe.....

Organ prowadzący rejestr i nr księgi rejestrowej

.....

.....

Nr KRS: (o ile dotyczy).....

Nr NIP:

Nr REGON:

.....
miejscowość, data

.....
podpis składającego ofertę)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

zapoznałem/am* się z treścią ogłoszenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych;

- 1) zapoznałem/am* się i akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert;
- 2) zapoznałem/am* się i akceptuję wzór umowy;
- 3) będę wykonywał/a* świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy Udzielającym Zamówienia, a innym podmiotem, w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury medycznej będących własnością Udzielającego Zamówienie;
- 4) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczenia opieki zdrowotnej;
- 5) informacje przedstawione w ofercie i niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

* Niepotrzebne skreślić

ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oświadczam, że personel pielęgniarzki i położniczy udzielający świadczeń zdrowotnych posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Umowy.

.....
miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

OFERTA CENOWA

Za realizację zamówienia, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne w oddziałach szpitalnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, oferuję:

1. Stawka za godzinę pracy:
 - a) Oddział Chirurgii Ogólnejstawka za godzinę pracy,
 - b) Oddział Urazowo-Ortopedyczny.....stawka za godzinę pracy,
 - c) Oddział Kardiologiczny z OIOK.....stawka za godzinę pracy,
 - d) Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu.....stawka za godzinę pracy,
 - e) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapiistawka za godzinę pracy,
 - f) Oddział Pediatricznystawka za godzinę pracy,
 - g) Oddział Neonatologiczny stawka za godzinę pracy,
 - h) Oddział Chorób Wewnętrznych stawka za godzinę pracy,
 - i) Oddziale Ginekologiczno-Położniczym stawka za godzinę pracy,
 - j) Szpitalnym Oddziale Ratunkowy..... stawka za godzinę pracy,
 - k) Izbie Przyjęć.....stawka za godzinę pracy.

Suma cen

2. Termin płatności (ilość dni)

.....
Miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

**KWALIFIKACJE PERSONELU, KTÓRY BĘDZIE UDZIELAŁ ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH**

L.p.	Nazwisko i imię	Numer prawa wykonywania zawodu	Wykształcenie jako pielęgniarz/łożna (średnie, policealne, wyższe- licencjat czy magister)	Specjalizacja (wpisać nazwę)

.....
miejsowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

Klauzula informacyjna dla oferenta

SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Dubois 68, 07-300 Ostrów Mazowiecka, realizując obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – zwanego dalej „RODO” – informuje, że:

Administratorem Państwa danych osobowych (ADO) jest SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Dubois 68, 07-300 Ostrów Mazowiecka. Z ADO można kontaktować się pisemnie na ww. adres, mailowo: sekretariat@szpitalostrowmaz.pl , oraz telefonicznie przez nr centrali: 29 746 37 11.

W SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej wyznaczono Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych osobiście, pisemnie, mailowo: iod@szpitalostrowmaz.pl , oraz telefonicznie przez nr centrali.

1. Państwa dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konkursu i wyłonienia oferenta w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a następnie zawarcia i realizacji umowy z wybranym podmiotem.
2. Podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.), ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1610) oraz art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
3. Państwa dane w ramach przeprowadzenia i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie są udostępniane innym podmiotom.
4. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich, organizacji międzynarodowych, będą natomiast oceniane pod kątem najbardziej odpowiednich w kontekście wyłonienia najkorzystniejszej oferty i przyszłego udzielania świadczeń.
5. Dane zawarte w ofertach będą przechowywane przez okres 10 lat od zakończenia postępowania konkursowego.
6. Mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia w zakresie dozwolonym prawem, oraz ograniczenia przetwarzania.
7. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji przetwarzania danych niezgodnie z przepisami w zakresie ochrony danych osobowych.
8. Podanie danych wskazanych w formularzu oferty jest dobrowolne, jednak jest warunkiem rozpatrzenia oferty w konkursie. Niepodanie danych skutkuje odrzuceniem oferty.

Z powyższą klauzulą zapoznałam/em się i zrozumiałam/em jej treść.

.....
data

.....
(czytelny podpis)

Załącznik Nr 6 do Formularza Oferty

OŚWIADCZENIA OFERENTA DOTYCZĄCE DOKUMENTÓW

W przypadku przyjęcia mojej oferty oświadczam, że na dzień rozpoczęcia umowy będę posiadał/posiadała niżej wymienione dokumenty:

- polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa obejmujące w pełnym zakresie przedmiot umowy,

Personel pielęgniarski i położniczy będzie posiadał:

- aktualne zaświadczenia lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- aktualne zaświadczenia o odbytych szkoleniach okresowych bhp, personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- zaświadczenia o szczepieniu przeciw WZW typu B, personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, a w przypadku jego braku przed podpisaniem umowy złożenie oświadczenia, iż pielęgniarka została zaszczepiona przeciw WZW typu B.

Zobowiązuje się do dostarczenia kopii dokumentów przed podpisaniem umowy.

.....
miejsowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)