

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz

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

OGÓLNE DANE O OFERENCIE

NAZWA OFERENTA (według wpisu do właściwego rejestru)

.....,

OSOBA REPREZENTUJĄCA:

DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ:

Forma prowadzonej działalności (np. jednoosobowa działalność gospodarcza, 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:

.....

miejsowość, data

.....

podpis składającego ofertę

O Ś W I A D C Z E N I E O F E R E N T A

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 posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Umowy.

.....
miejsowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

OFERTA CENOWA

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań rocznie	Cena jednostkowa brutto	Wartość 5=3x4
1	2	3	4	5
1	badanie histopatologiczne – 1 bloczek	5 000		
2	badanie histopatologiczne śródoperacyjne	3		
3	badanie cytologia szyjki macicy	1 500		
4	badanie cytologia nieginekologiczna	60		
5	barwienie immunohistochemiczne	120		
6	badanie materiału uzyskanego z biopsji gruboigłowej z jednej lokalizacji anatomicznej, z jednego narządu	240		
7	sekcja zwłok	10		
RAZEM				

.....
Miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

KWALIFIKACJE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZAMÓWIENIE

Lp.	Imię i nazwisko	Zawód	PWZ (jeśli dotyczy)	Nr Dyplomu	Specjalizacja	Inne umiejętności

.....
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 (do nr 18).

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 2020 r., poz. 295 z późn. zm.), ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.), ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1740) 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)

Miesięczny raport statystyczny stanowiący załącznik do faktury (papierowy i elektroniczny)

Lp.	Nazwa komó rki organi zacyj nej zlecaj ącego	Le	PES E L p a cj e nt a	Rodzaj bada nia	Nr b a d a n i a	Ilo	Cen a	Wartoś ć

.....
miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

