

Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

w zakresie badań **laryngologicznych*/neurologicznych*/dermatologicznych*** w Przychodni MSWiA we Wrocławiu pacjentów, dla których porady wynikają z umów zawartych przez Udzielającego zamówienia z innymi podmiotami, w szczególności z umów w zakresie orzecznictwa lekarskiego Dolnośląskiej Rejonowej Komisji Lekarskiej, dla celów medycyny pracy, specjalistycznych porad lekarskich udzielanych osobom kierowanym w ramach kwalifikacji wojskowej – poborowym, osobom zatrzymanym przez policję, ABW, straż graniczną lub osadzonym w areszcie śledczym/zakładzie karnym oraz osobom przyjmowanych odpłatnie.

Dane Oferenta:

1. Nazwa/ nazwisko i imię.....
2. Siedziba:
3. Prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą:
.....
4. NIPREGON
5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
6. NR PESEL
7. Nr prawa wyk. zawodu:
8. Stopień specjalizacji i rodzaj specjalizacji:
9. Nr telefonu:.....e-mail:

Do oferty załączam:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

.....

(miejscowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

* niewłaściwe skreślić

Oferta cenowa Oferenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych :

w zakresie badań **laryngologicznych*/neurologicznych*/dermatologicznych*** w Przychodni MSWiA we Wrocławiu pacjentów, dla których porady wynikają z umów zawartych przez Udzielającego zamówienia z innymi podmiotami, w szczególności z umów w zakresie orzecznictwa lekarskiego Dolnośląskiej Rejonowej Komisji Lekarskiej, dla celów medycyny pracy, specjalistycznych porad lekarskich udzielanych osobom kierowanym w ramach kwalifikacji wojskowej – poborowym, osobom zatrzymanym przez policję, ABW, straż graniczną lub osadzonym w areszcie śledczym/zakładzie karnym oraz osobom przyjmowanych odpłatnie.

1. Proponowana stawka za 1 poradę dla Dolnośląskiej Rejonowej Komisji Lekarskiej

wynosi **zł brutto**, słownie zł,

2. Proponowana stawka za 1 poradę dla celów medycyny pracy z zastrzeżeniem, że w ramach jednej porady lekarz zobowiązany jest dokonać wpisu dotyczącego każdego ze wspólnie wykonywanych badań w ramach badań profilaktycznych okresowych i badań kontrolnych. Obydwa badania tej samej osoby odbywają się w ramach jednej porady,

wynosi **zł brutto**, słownie zł.....,

3. Proponowana stawka za 1 poradę udzieloną osobie zatrzymanej przez policję, ABW, straż graniczną lub osadzonej w areszcie śledczym/zakładzie karnym wynosi **zł brutto**, słownie zł,

4. Proponowana stawka za 1 poradę udzieloną osobie kierowanej w ramach kwalifikacji wojskowej – poborowemu wynosi.....**zł brutto** (słownie zł.:)

5. Proponowane wynagrodzenie za 1 poradę udzieloną pacjentowi przyjętemu odpłatnie oraz za 1 poradę udzieloną pacjentom na podstawie umów zawartych przez Udzielającego zamówienia z innymi podmiotami na świadczenia inne niż z zakresu medycyny pracy, orzecznictwa lekarskiego, specjalistycznych porad lekarskich udzielanych osobom kierowanym w ramach kwalifikacji wojskowej – poborowym, osobom zatrzymanym przez policję, ABW, straż graniczną lub osadzonym w areszcie śledczym/zakładzie karnym,

wynosi % (słownie %:)

Udzielającego zamówienia.

.....

(miejscowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

*** niewłaściwe skreślić**

Oświadczenie oferenta:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią szczegółowych warunków postępowania i nie zgłaszam zastrzeżeń .
2. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z wzorem umowy i wyrażam zgodę na zawarcie umowy na warunkach określonych we wzorze umowy w przypadku wybrania mojej oferty.
3. Oświadczam, że nie byłem/am/ karany /a/ i nie jest prowadzone wobec mnie żadne postępowanie karne. Jednocześnie oświadczam, iż znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy (art. 271 § 1 k.k.).
4. Oświadczam, że nie znajduję się w Rejestrze Sprawców Przepstępstw na Tle Seksualnym, o którym mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
5. Zobowiązuję się do przedstawienia (najpóźniej w dniu podpisania umowy) kopii umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia zdrowotnego.
6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, dla potrzeb niezbędnych do realizacji konkursu ofert.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych i z procedurami dotyczącymi ochrony danych osobowych w SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu.

.....

(miejscowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”), zostałem/łam poinformowany/a, iż:

Udzielający Zamówienia, tj. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, jest administratorem moich danych osobowych i może przetwarzać te dane w celach/na podstawie:

a. przeprowadzenia postępowania konkursowego, a w razie wyboru oferty – do realizacji umowy, w tym umieszczenia moich danych osobowych w bazie danych Udziałającego Zamówienia w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

b. związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;

c. ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń - na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych w myśl art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w przypadku pytań lub uwag dotyczących przetwarzania moich danych osobowych. **Dane kontaktowe adres e-mail:** iod@spzozmswia.wroclaw.pl.

Moje dane osobowe mogą zostać ujawnione pracownikom i współpracownikom Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych; dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych) oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu nie planuje przekazywania danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej lub przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.

Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych i uzupełniania danych niekompletnych oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia postępowania konkursowego i realizacji umowy w przypadku wyboru oferty.

Nie będę podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka), a moje dane nie będą wykorzystywane do profilowania.

.....

(miejscowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)