

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

NAZWA OFERENTA (zgodnie jak w CEIDG)		
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	PEŁNY ADRES POD JAKIM JEST PROWADZONA DZIAŁALNOŚĆ	
PESEL	NIP	REGON
NR TELEFONU	ADRES E- MAIL OFERENTA	
INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM (zaznaczyć krzyżykiem): <input type="checkbox"/> dyplom lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu		

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO (odpowiednie zaznaczyć X):

<input type="checkbox"/>	Lekarz specjalista w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
<input type="checkbox"/>	Lekarz po drugim roku specjalizacji w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ brutto za jeden wypracowany punkt:

zł	Za jeden wypracowany punkt
----	----------------------------

4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w MSPR z Przychodnią w Sopotcie w wymiarze czasu:

Zaznaczyć „X” odpowiednią rubrykę:

<input type="checkbox"/>	Dwa dni w tygodniu tj. poniedziałek i środa,
<input type="checkbox"/>	Jeden dzień w tygodniu tj. poniedziałek lub środa,

Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych o których mowa w pkt 2 w pomieszczeniach Udzielającego zamówienia, zgodnie z harmonogramem pracy Poradni, w ilości nie mniejszej niżgodzin miesięcznie.

5. WYMAGANE DOKUMENTY

<ul style="list-style-type: none">○ wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,○ przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie),○ kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie,○ kopię prawa wykonywania zawodu,○ kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z Okręgowej Izby Lekarskiej,○ Zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej- oświadczenie stanowiące załącznik nr 6 do oferty○ Karta specjalizacji (dot. lekarza po drugim roku specjalizacji)- kopia,○ aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,○ orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych,○ zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,○ zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub podpisane oświadczenie o niekaralności stanowiące załącznik nr 3,○ oświadczenie o zawarciu/ zamiarze zawarcia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej stanowiące załącznik nr 4 do oferty,○ oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu stanowiące załącznik nr 5 do oferty,	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów</p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) może spowodować odrzucenie oferty.</p>
---	---

6. Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej RODO), informujemy, że:

- a) Administratorem Pana/i danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, z siedzibą w Sopocie 81-756, ul. Bolesława Chrobrego 10, adres do korespondencji jw. z dopiskiem IOD.
- b) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iodo@msprsopot.pl.
- c) Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest przeprowadzenie procesu konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- d) W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert Pana/i dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie działania systemu informatycznego MSPRSOPOT.MED, w pozostałych przypadkach Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO.
- e) Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procedury konkursu ofert a po jego zakończeniu zostaną usunięte zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e) RODO.
- f) Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
- g) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
- h) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- i) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- j) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

.....
Data i miejscowość

.....
podpis oferenta

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki
Zdrowotnej/Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego
z Przychodnią w Sopocie

Łuk. med. Edward Karpiński

Sopot, dnia r.

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a.....

zamieszkały/a.....

legitymujący/a się dowodem osobistym

wydanym przez.....

świadomy/a odpowiedzialności karnej **oświadczam, że nie jestem skazany/a prawomocnym wyrokiem za przestępstwo, umyślne ściganie z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.**

.....
miejsowość i data

.....
.....
.....
(nazwa Oferenta)

OŚWIADCZENIE

- 1) Zobowiązuję się w chwili rozpoczęcia realizacji umowy z SPZZOZ MSPR z Przychodnią w Sopocie do posiadania na koszt własny i przedstawienie Udzielającemu Zamówienie:
- aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w sprzęcie medycznym i niemedycznym służącym do wykonywania czynności zawodowych,
 - aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie badania na obecność wirusów HIV lub WZW oraz zakażenia z tytułu zakażenia HIV i WZW.

.....
(podpis Oferenta)

.....
miejsowość i data

.....
.....
.....

(nazwa Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnia w Sopocie oraz akceptuje warunki w nich zawarte na stanowisku :.....

.....
(podpis Oferenta)

.....
miejsowość i data

.....
.....
.....
(nazwa Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam obowiązujące mnie na czas składania ofert zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej.

.....
(podpis Oferenta)

