

## 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	

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO: LEKARZ specjalista w zakresie urologii

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ ZRYCZAŁTOWANĄ STAWKĘ BRUTTO za wykonanie procedury:

LP.	Nazwa procedury	Stawka za wykonanie procedury
<b>UMOWA</b>		
1	Wizyta lekarska	
2	Wizyta lekarska z badaniem USG	
3	Wizyta lekarska + założenie/wymiana cewnika	
4	Biopsja	
5	Wizyta lekarska + TRUS	
6	Zabieg stulejki	
7	Zabieg wędzidełka	
8	Uroflometria	
<b>Komercja</b>		
1	Wizyta lekarska	
2	Wizyta lekarska z badaniem USG	
3	Badanie USG jąder, moszny	
4	Badanie USG jąder, stercza	
5	Wizyta lekarska + założenie / wymiana cewnika	
6	Wizyta lekarska+ TRUS	
7	Zabieg stulejki	
8	Zabieg wędzidełka	
9	USG urologiczne brzucha	
10	Badanie USG (izolowane, dopłata)	
11	Biopsja	
12	Uroflometria	

#### 4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w MSPR z Przychodnią w Sopocie w wymiarze czasu nie mniejszej niż.....godzin miesięcznie.

#### 5. WYMAGANE DOKUMENTY

<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Przebieg pracy zawodowej (CV) oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie),</li><li>➤ Dyplom poświadczający kwalifikacje lekarskie,</li><li>➤ Prawo wykonywania zawodu lekarza,</li><li>➤ Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie urologii,</li><li>➤ Kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z Okręgowej Izby Lekarskiej/ Zezwolenie Okręgowej Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej,</li><li>➤ Wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,</li><li>➤ Kopię Księgi Rejestrowej Okręgowej Izby lekarskiej (OIL),</li><li>➤ Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ,</li><li>➤ Kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie,</li><li>➤ Aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,</li><li>➤ Aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych,</li><li>➤ Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,</li><li>➤ <b><u>Zaświadczenie o niekaralności (KRK)</u></b> w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,</li><li>➤ Oświadczenie o posiadaniu/zamiarze posiadania i przedstawienie Udzielającemu Zamówienie przed rozpoczęciem obowiązywania umowy zawartej z MSPRzP w Sopocie:<ul style="list-style-type: none"><li>• 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,</li><li>• aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w sprzeczności medycznym i niemedyceznym służącym do wykonywania czynności zawodowych,</li><li>• aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie badania na obecność wirusów HIV lub WZW oraz zakażenia z tytułu zakażenia HIV i WZW,</li></ul></li><li>➤ Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu stanowiące <b><u>załącznik nr 5 do SWKO</u></b>,</li><li>➤ Oświadczenie osoby współpracującej dot. ochrony małoletnich stanowiące <b><u>załącznik nr 3 do SWKO</u></b></li></ul>	<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: [iod@msprsopot.pl](mailto:iod@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