

Szczecin, dnia2022r.

FORMULARZ OFERTY po modyfikacji

Ja niżej podpisany (a)

zamieszkały (a) w przy ul.....

.....

Tel.....e-mail:.....

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 109 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w poniższym zakresie:*

Zadanie I

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w Gabinetcie POZ Przychodni specjalistycznej zgodnie ustalonym harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych

.....zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych

(słownie:.....)

Zadanie II

udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz pełnienie dyżurów lekarskich stacjonarnych w Izbie Przyjęć oraz Oddziałach Szpitalnych

1/ Oddział Chorób Wewnętrznych dyżur łączony z Oddziałem Kardiologicznym, Rehabilitacji, Endokrynologii i Dermatologii

.....zł brutto za 1 godz. dyżuru

(słownie:.....)

2/ Izba przyjęć

a).....zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych

(słownie:.....)

b)zł brutto za 1 godz. dyżuru

(słownie:.....)

3/ Oddział Chorób Wewnętrznych dyżur łączony z Oddziałem Kardiologicznym, Rehabilitacji, Endokrynologii i Dermatologii łączony z Izbą Przyjęć

.....zł brutto za 1 godz. dyżuru

(słownie:.....)

4/ udzielanie świadczeń medycznych osobom doprowadzonym przez funkcjonariuszy służb w zakresie wykonywania badania lekarskiego osobie doprowadzonej do Izby Przyjęć i przewidzianej do umieszczenia w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych, wydania zaświadczenia o braku lub wystąpieniu przeciwwskazań medycznych oraz wypisaniu recepty na niezbędne leki

-zł brutto

(słownie:.....)

Zadanie III

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie rehabilitacji w oddziale Rehabilitacji oraz udzielanie konsultacji pacjentom innych oddziałów Szpitala

ryczałt:zł brutto miesięcznie

(słownie:.....)

Zadanie IV

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie chirurgii plastycznej w oddziale Chirurgii Plastycznej i rekonstrukcyjnej oraz udzielanie konsultacji pacjentom innych oddziałów Szpitala oraz na rzecz RWKL, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia

a/ za udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz koordynowanie pracą Oddziału

ryczałt:zł brutto miesięcznie

(słownie:.....)

Lub

b/ za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale

ryczałt:zł brutto miesięcznie

(słownie:.....)

Zadanie V

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie dermatologii w oddziale Dermatologicznym oraz udzielanie konsultacji pacjentom innych oddziałów Szpitala

ryczałt:zł brutto miesięcznie

(słownie:.....)

świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłem(am) konieczne informacje do przygotowania oferty i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Komendanta Szpitala.
2. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie 30 dni od jej podpisania, kopii polisy ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, z rozszerzeniem na wirusowe zapalenie wątroby i wirusa HIV.
3. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu lekarza.

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty (kopie):

- a)
- b)

** podkreślić wybrane zadanie*

.....
/data sporządzenia oferty/

.....
/PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

Administratorem Pani/Pana danych osobowych ujawnionych w przedmiotowym postępowaniu jest **109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin**. Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 91 810 59 40 lub adresem email: jodo@109szpital.pl. Podane dane, w zakresie wynikającym z właściwych przepisów Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych, przetwarzane będą na podstawie art.6 ust.1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016r. (RODO) w celu przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych. W pozostałym zakresie na podstawie Pani/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), wynikającej z faktu złożenia przedmiotowej oferty. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, obsługę poczty oraz wszystkim zainteresowanym odbiorcom na podstawie art. 151 ust.4 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dane przechowywane będą przez 5 lat, licząc od 1 stycznia roku następnego od realizacji celu. Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Podanie danych, w zakresie wynikającym z wymienionych przepisów prawa, jest niezbędne do realizacji celu. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne.