

Szczecin, dnia2022r.

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisany (a)
zamieszkały (a) przy ul.....
w
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 lekarzy w zakresie chirurgii ogólnej w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej oraz udzielanie konsultacji pacjentom innych oddziałów Szpitala

ryczałt:zł brutto miesięcznie
(słownie:.....)

Zadanie II

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Poradni chirurgicznej oraz udzielanie konsultacji na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń

1/ udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Poradni chirurgicznej za każdy punkt wypracowany w Poradni, zrealizowany, zweryfikowany i zapłacony przez Narodowy Fundusz Zdrowia - zł brutto
(słownie:.....)

2/ udzielanie konsultacji i sporządzenie orzeczeń na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej:

za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia lub opinii -zł brutto
(słownie:.....)

3/ udzielanie konsultacji i sporządzenie orzeczeń na rzecz Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia

za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia lub opinii -zł brutto
(słownie:.....)

Zadanie III

Pełnienie dyżurów lekarskich stacjonarnych w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej

.....zł brutto za 1 godz. pojedynczego dyżuru stacjonarnego w Oddziale
(słownie:.....)

Zadanie IV

Pełnienie dyżurów lekarskich w formie gotowości do udzielania świadczeń i udzielanie świadczeń w przypadku wezwania w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej

.....zł brutto za każdą godzinę pozostawania w gotowości do pełnienia dyżuru medycznego w tym wezwaniu, przyjazd i realizację świadczeń zdrowotnych

(słownie:.....)

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)

.....
/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.

** podkreślić wybrane zadanie*