Znak sprawy: M/20/20/2023 **Załącznik nr 1 do SWKO**
Sprawa: Marketing.5330.1.20.2023

Szczecin, dnia …….2023r.

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisany (a) …….…

zamieszkały (a) w …….……...

przy ul. ……..…….....……
……. ……..

Tel……e-mail:…….…….

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych składam niniejszą ofertę dotyczącą udzielania świadczeń zdrowotnych (podkreślić wybrane zadanie):

Zadanie I
udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy **w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń** przez wszystkie dni tygodnia, zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń

a/ za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych, cena brutto: ……..zł/h

słownie złotych:……. ……/h

b/ za 1 h pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń, cena brutto: ……..zł/h

słownie złotych:……. ……/h

Zadanie II
udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy **z zakresu instrumentowania do zabiegów w Zintegrowanym Bloku Operacyjnym oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń** przez wszystkie dni tygodnia, zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń

a/ za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych, cena brutto: ……..zł/h

słownie złotych:……. ……/h

b/ za 1 h pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń, cena brutto: ……..zł/h

słownie złotych:……. ……/h

Zadanie III
udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy **w Oddziałach Szpitalnych** (z wyłączeniem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii),

przez wszystkie dni tygodnia, zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń

za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych, cena brutto: ……..zł/h

słownie złotych:……. ……/h

Zadanie IV
udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy z zakresu **asystowania do zabiegów endoskopowych w Pracownia Endoskopowej** przez wszystkie dni robocze w godzinach funkcjonowania Pracowni **oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń** z zakresu asystowania do zabiegów endoskopowych w Pracownia Endoskopowej przez wszystkie dni wolne od pracy, zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń

a/ za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych, cena brutto: ……..zł/h

słownie złotych:……. ……/h

b/ za 1 h pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń, cena brutto: ……..zł/h

słownie złotych:……. ……/h

Zadanie V
udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych **przez opiekuna medycznego** przez wszystkie dni tygodnia, zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń

za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych, cena brutto: ……..zł/h

słownie złotych:……. ……/h

1. Deklaruję liczbę ……. godzin udzielania świadczeń w miesiącu.
2. Oświadczam, że posiadam staż zawodowy związany z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem konkursu wynoszący……
3. Forma zatrudnienia/rodzaj umowy (podkreślić właściwe):
   - umowa zlecenie
   - umowa kontraktowa (własna działalność gospodarcza)
4. 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.
5. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Komendanta Szpitala.
6. 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.
7. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zaświadczenia o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie- dla Zadania I-II.

8. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu będącego przedmiotem konkursu.

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty (kopie):

1. ……..
2. ……..
3. ……
4. ……
5. ……

…… /data sporządzenia oferty/

…… /PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70 - 965 Szczecin. Z Administratorem można się kontaktować na wskazany adres, telefon nr 91 810 58 00 lub e-mail: sekretariat@109szpital.pl.
2. Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 91 810 59 40 lub adresem email: iodo@109szpital.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z właściwymi przepisami Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zawarcia umowy na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz jej realizacji, a także udokumentowania postępowania i jego archiwizacji.
4. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, hosting, obsługę poczty oraz innym podmiotom lub organom publicznym, wyłącznie w przypadkach wskazania właściwej podstawy prawnej. Ponadto Pani/Pana dane udostępniane są zainteresowanym na podstawie właściwych przepisów Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. W przypadku postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez 5 lat. Natomiast umowy z przyjmującymi zamówienie wraz z dokumentacją dotyczącą ich realizacji przechowywane będą przez 10 lat. Okres przechowywania liczony jest od 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.
6. Uwzględniając ograniczenia wynikające z przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania lub uzupełnienia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Obowiązek podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych wynika z Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konsekwencje niepodania danych wynikają z wymienionych ustaw.