

### FORMULARZ OFERTY

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 ( należy podkreślić wybrane zadanie):*

#### Zadanie I

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów zakresie chirurgii ogólnej:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej oraz udzielanie konsultacji w zakresie chirurgii ogólnej pacjentom innych oddziałów, w normalnej ordynacji zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń

ryczałt: .....zł brutto miesięcznie

(słownie:.....)

- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej Przychodni Specjalistycznej Szpitala

- wynagrodzenie w wysokości .....% wartości każdego punktu wykonanego, zweryfikowanego i zapłaconego przez Narodowy Fundusz Zdrowia

(słownie.....)

- 3) udzielanie konsultacji w zakresie chirurgii ogólnej oraz sporządzanie opinii lub orzeczeń na rzecz osób kierowanych przez Rejonową Wojskową Komisję Lekarską (RWKL), poradnię medycyny pracy

- .....zł brutto za każdą przeprowadzoną konsultację oraz sporządzenie opinii lub orzeczenia

(słownie.....)

- 4) udzielanie konsultacji w zakresie chirurgii ogólnej oraz sporządzanie opinii lub orzeczeń na rzecz innych podmiotów, z którymi Szpital ma zawarte stosowne umowy

- .....zł brutto za każdą przeprowadzoną konsultację oraz sporządzenie opinii lub orzeczenia

(słownie.....)

5) pełnienie przez Lekarza stacjonarnych dyżurów medycznych w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej, w dniach i godzinach wynikających z harmonogramu dyżurów ustalonego przez Koordynatora Oddziału i zatwierdzonego przez komendanta ds. Lecznictwa

- ..... zł brutto za każdą godzinę pełnienia dyżuru medycznego

(słownie.....)

6) pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej, w dniach i godzinach wynikających z harmonogramu dyżurów

- ..... zł brutto za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielanie świadczeń zdrowotnych

(słownie.....)

7) przyjazd na wezwanie i udzielenie świadczeń zdrowotnych pacjentom UZ

-..... zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych stacjonarnych na wezwanie

(słownie.....)

8) pełnienie obowiązków nietatowego koordynatora Bloków Operacyjnych

ryczałt: .....zł brutto miesięcznie

(słownie:.....)

## **Zadanie II**

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Izbie Przyjęć oraz **pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych** w Izbie Przyjęć oraz Oddziałach Szpitalnych zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń

1) udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Izbie przyjęć

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

(słownie:.....)

Deklaruję liczbę .....godzin udzielania świadczeń w miesiącu

2) pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Izbie przyjęć

.....zł brutto za 1 godz. dyżuru

(słownie:.....)

Deklaruję ..... dyżurów .....godzinnych w miesiącu

3) pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych -  
dyżur łączony z Oddziałem Kardiologicznym, Rehabilitacji, Endokrynologii i  
Dermatologii

.....zł brutto za 1 godz. dyżuru

(słownie:.....)

Deklaruję ..... dyżurów .....godzinnych w miesiącu

4) pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych -  
dyżur łączony z Oddziałem Kardiologicznym, Rehabilitacji, Endokrynologii i  
Dermatologii oraz Izbą Przyjęć

.....zł brutto za 1 godz. dyżuru

(słownie:.....)

Deklaruję ..... dyżurów .....godzinnych w miesiącu

1. Oświadczam, że posiadam staż zawodowy związany z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem konkursu wynoszący.....
2. Forma zatrudnienia/rodzaj umowy (podkreślić właściwe):
  - umowa zlecenie
  - umowa kontraktowa (własna działalność gospodarcza)
3. 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.
4. 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.
5. 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/

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](mailto:sekretariat@109szpital.pl).
2. Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 91 810 59 40 lub adresem email: [iodo@109szpital.pl](mailto: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.