

Szczecin, dnia .....2022r.

### **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 Poradni diabetologicznej oraz udzielanie konsultacji na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia

1/ udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Poradni diabetologicznej 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:

a/ za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia lub opinii w zakresie diabetologii i chorób wewnętrznych - .....zł brutto  
(słownie.....)

b/ za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia lub opinii w zakresie diabetologii i chorób wewnętrznych wraz z opisem EKG- .....zł brutto  
(słownie.....)

3/ udzielanie konsultacji i sporządzenie orzeczeń na rzecz Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Szpital:

a/ za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia lub opinii w zakresie diabetologii i chorób wewnętrznych - .....zł brutto  
(słownie.....)

#### **Zadanie II**

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Poradni neurologicznej, udzielanie konsultacji w oddziałach Szpitala, udzielanie konsultacji na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia oraz wykonywanie badań EEG wraz z opisem przy wykorzystaniu własnego sprzętu

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

2/ udzielanie konsultacji pacjentom Oddziałów Szpitalnych  
.....zł brutto za każdą przeprowadzoną konsultację  
(słownie:.....)

3/ udzielanie konsultacji i sporządzenie orzeczeń na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia

a/ za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia  
lub opinii na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej:  
.....zł brutto  
(słownie:.....)

b/ za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia  
lub opinii na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej podczas wizyty  
domowej  
.....zł brutto  
(słownie:.....)

c/ za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia  
lub opinii na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej podczas wizyty  
domowej poza terenem Szczecina  
.....zł brutto  
(słownie:.....)

d/ za każdą poradę/konsultację/badanie oraz wystawienie stosownego orzeczenia  
lub opinii na rzecz Medycyny Pracy  
.....zł brutto  
(słownie:.....)

4/ wykonywanie badań EEG przy wykorzystaniu własnego sprzętu  
ryczałt : .....zł brutto miesięcznie  
(słownie:.....)

### **Zadanie III**

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Plastycznej i rekonstrukcyjnej w zakresie wykonywania zabiegów operacyjnych w Oddziałach zabiegowych oraz udzielanie konsultacji na wezwanie w innych oddziałach Szpitala

a/ wykonywanie zabiegów operacyjnych w Oddziałach zabiegowych

.....zł brutto za każdy wykonany zabieg  
(słownie:.....)

c/ udzielanie konsultacji pacjentom Oddziałów Szpitalnych

.....zł brutto za każdą wykonaną konsultację na wezwanie  
(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 261 455 573 lub adresem email: [jodo@109szpital.pl](mailto: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.