

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisany (a)
zamieszkały (a) przy ul.....
w
Tel.....e-mail:.....

*W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na 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 zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń
składam ofertę w poniższym zakresie:*

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

Lub

- wynagrodzenie w wysokości% wartości każdego wykonanego, zweryfikowanego i zapłaconego przez Narodowy Fundusz Zdrowia
(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 Medycyny Pracy i innych podmiotów wskazanych przez Udzielającego Zamówienia
.....zł brutto
(słownie:.....)

Deklaruję liczbęgodzin udzielania świadczeń 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.
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.