**FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH**

**PRZEZ LEKARZA W SZPITALU POWIATOWYM W KĘTRZYNIE**

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych i wzorem umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych niniejszym składam swoją ofertę na wykonywanie usług medycznych na zasadach podanych w ogłoszeniu:

1. **DANE OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa firmyPieczątka, która zwiera NIP i REGON |  |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |
| Adres mailowy (czytelnie) |  |

**Oferent posiada:**

* Tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie:………………………………………………………………………………
* Tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie:……………………………………………………………………………..
* Specjalizacja w dziedzinie (ukończona tzw. „nowym trybem”)
* Jest w trakcie specjalizacji:
* w dziedzinie:
* w Szpitalu: …………………………………………………………………………………………………………..
* w terminie:

**Posiadane przez Oferenta tytuły naukowe:**

* Tytuł profesora
* Tytuł doktora habilitowanego
* Tytuł doktora nauk medycznych
1. **NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ODDZIALE …………...................................................................................... SZPITALA POWIATOWEGO W KĘTRZYNIE:**
* Na udzielanie świadczeń w podstawowej ordynacji
* dyżury medyczne
1. **NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W CZASIE DYŻURU MEDYCZNEGO:**
* NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA,
* IZBA PRZYJĘĆ
1. **ŚWIADCZEŃ LEKARSKICH W GODZINACH PODSTAWOWEJ ORDYNACJI W DZIALE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ W:**
* DZIALE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
1. **PROPONOWANY CZAS ŚWIADCZENIA USŁUG I WYNAGRODZENIE – NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH**
2. PROPONOWANE WYNAGRODZENIE I CZAS ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH W CZASIE ORDYNACJI W DNI POWSZEDNIE W MINIMALNYM WYMIARZE CZASU ŚWIADCZENIA USŁUG \*
3. **………………. godzin tygodniowo - …………………………………….……………….zł brutto za miesiąc**
4. **jedna godzina świadczenia usług medycznych ………….………………...........zł brutto za godzinę**
5. **WYNAGRODZENIE ZA DYŻURY:**

**w Oddziale** ………………………………………………………………………………………………………………………

* za jedną godzinę świadczenia usług:
* w dni powszechne - ……………**zł brutto**
* w soboty, niedziele i dni świąteczne - ……………**zł brutto**

minimalna liczba dyżurów w miesiącu: ………………………………………………………………

**pozostałe:**

* ……………………………………………………………………………….. - ……………**zł brutto za**………..…….
* ……………………………………………………………………………….. - ……………**zł brutto za** ………..…….
* ……………………………………………………………………………….. - ……………**zł brutto za** ………..…….
* ……………………………………………………………………………….. - ……………**zł brutto za** ………..…….

1. **DYŻURY - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA**
* za jedną godzinę świadczenia usług:
* w dni powszechne - ……………**zł brutto**

minimalna liczba dyżurów w miesiącu: …………………

* w soboty, niedziele i dni świąteczne - ……………**zł brutto**

minimalna liczba dyżurów w miesiącu: …………………

1. **DYŻURY - IZBA PRZYJĘĆ**
* za jedną godzinę świadczenia usług:
* w dni powszechne - ……………**zł brutto**

minimalna liczba dyżurów w miesiącu: …………………

* w soboty, niedziele i dni świąteczne - ……………**zł brutto**

minimalna liczba dyżurów w miesiącu: …………………

1. **DNI WOLNE ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PODCZAS ORDYNACJI NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH**
* ……………dni roboczych w roku kalendarzowym wyłączenia z obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych (płatnych)\*

**UWAGA:**

w przypadku 37:55 godziny tygodniowo przysługuje:

– 20 dni płatnych

1. **OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY: od 10 marca 2025 roku do 31.12.2027 r.**

Oświadczam, że:

1. świadczenia wykonywane będą w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie, przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
2. nie wnoszę zastrzeżeń do treści ogłoszenia, projektu umowy oraz posiadam niezbędne informacje do sporządzenia oferty,
3. jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
4. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
5. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia, w związku z czym gwarantuję wykonanie całości zamówienia zgodnie z ofertą,
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach złożonych przeze mnie w celu przeprowadzenia konkursu ofert,
7. zapoznałem się z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielenie zamówienia,
8. spełniam wymagania w zakresie zatrudnienia wynikające z ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1802).

Załączniki w postaci kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, tj.:

1. formularz ofertowy z załącznikiem
2. wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
3. aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego - w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi do KRS - wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
4. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe: dyplom, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach naukowych oraz inne dokumenty, w szczególności potwierdzające kwalifikacje zawodowe kandydata, niezbędne do wykonywania świadczeń, zgodnie z przedmiotem zamówienia,
5. zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pracy, w przypadku dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące,
6. aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP (jeśli posiada)
7. zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego
8. aktualna polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC
* zostały złożone Udzielającemu Zamówienia przy zawarciu poprzedniej umowy i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie\*
* lub stanowią załącznik do niniejszej oferty\*.

……………………………………. ………………………………………..

 (miejscowość i data) (pieczątka, podpis)

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (RODO)**

Niniejszym na podstawie art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym oraz we wszelkich innych dokumentach składanych przez Panią/Pana w ramach **konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie** jest **Szpital Powiatowy w Kętrzynie przy ul. M. C. Skłodowskiej 2, 11-400 Kętrzyn**, zwany dalej „Administratorem”.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Dane do kontaktu z inspektorem: iod@szpital-ketrzyn.pl lub adres korespondencyjny: Szpital Powiatowy w Kętrzynie przy ul. M. C. Skłodowskiej 2,11-400 Kętrzyn z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit a i b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1, zwanego dalej RODO.
4. Dane osobowe zawarte będą przetwarzane w celu nawiązania współpracy na zasadach opisanych w ogłoszeniu **konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie**, w szczególności w celu weryfikacji kopii dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje zawodowe oraz potwierdzających przebieg dotychczasowego zatrudnienia.
5. Przekazane dane osobowe będą przetwarzane do czasu rozstrzygnięcia konkursu ofert. Dane osób, z którymi nie zostanie zawarta umowa można odebrać w ciągu siedmiu dni po ogłoszeniu wyników w siedzibie Administratora. W przypadku nieodebrania złożonych dokumentów, dane w nich zawarte nie będą dalej przetwarzane, a dokumenty zostaną zniszczone.
6. Osoba odpowiadająca na zamieszczone ogłoszenie o współpracy nie jest obowiązana do podania wskazanych w nim danych osobowych, jednakże ich podanie jest warunkiem umożliwiającym ubieganie się o nawiązanie współpracy ze Szpitalem Powiatowym w Kętrzynie.
7. Zgoda na przetwarzanie danych musi być złożona dobrowolnie oraz świadomie. Forma złożenia zgody musi jednoznacznie to wskazywać, z tego względu, dla celów dowodowych preferowana jest zgoda wyrażona w postaci pisemnej. Zgoda na przetwarzanie danych może być w dowolnym momencie wycofana, a jej wycofanie nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Dane pozyskane na potrzeby nawiązania współpracy nie będą przekazywane innym odbiorcom.
9. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Osobie, która przekazała dane w związku z zamiarem nawiązania współpracy, zgodnie z przepisami RODO, przysługuje prawo do:
11. dostępu do jej danych osobowych przez okres ich przetwarzania,
12. żądania niezwłocznego sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe, a także prawo żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, w tym poprzez przedstawienie dodatkowego oświadczenia,
13. żądania od niezwłocznego usunięcia dotyczących jej danych osobowych. Wniesienie żądania usunięcia danych jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w procesie rekrutacji prowadzonym przez Szpital Powiatowy w Kętrzynie,
14. żądania ograniczenia przetwarzania w przypadku, gdy kwestionuje ona prawidłowość zebranych danych osobowych na okres pozwalający sprawdzić nam prawidłowość tych danych,
15. wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących jej danych osobowych,
16. zgodnie z art. 77 RODO, osobie która przekazała dane w związku z zamiarem nawiązania współpracy przysługuje prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie jej danych osobowych.

……………………………………. ………………………………………..

 (miejscowość i data) (podpis)