

## OFERTA

### na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Poradni Chirurgicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.

#### 1. Dane Oferenta:

##### A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego .....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych ..... nr KRS .....

NIP ..... REGON .....

Pełnomocnik ..... kontakt tel. ....

e-mail .....

Nr polisy ubezpieczeniowej .....

okres obowiązywania polisy .....

##### B. Oferta indywidualna – indywidualna działalność gospodarczą

Imię i nazwisko ..... telefon .....

e-mail ..... tel .....

adres: kod ..... miejscowość .....

ulica ..... nr .....

PESEL ..... NIP .....

REGON ..... Nazwa praktyki lekarskiej .....

Nr telefonu .....

Adres e- mail .....

Nr polisy ubezpieczeniowej .....

okres obowiązywania polisy .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja ( nazwa, stopień i data uzyskania) .....

.....

Staż pracy jako lekarz.....

Kwalifikacje zawodowe (odpowiednie zaznaczyć):

1)  specjalizacja II<sup>o</sup> lub uzyskana nowym trybem

2)  specjalizacja I<sup>o</sup>

w zakresie: .....

W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą zatrudniającego personel lekarski dane dotyczące kwalifikacji zawodowych należy ująć w załączniku nr 3 do SWKO wg powyższego schematu.

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Poradni Chirurgicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o., zgodnie z wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

**Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z treścią „Procedury zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony sygnalistów” obowiązującą w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku Sp. z o.o., umieszczoną na stronie internetowej Szpitala pod adresem: <https://szpital.wyrzysk.pl/procedura-zgloszen-sygnalistow/>
3. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielane będą w siedzibie Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o., zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Strony i zgłoszonym do NFZ.
4. Będzie wykonywał świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem konkursu według zaoferowanej ceny.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zapewni ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy.
6. Posiada aktualne badania profilaktyczne o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu oraz aktualne badanie bhp i ppoż. oraz zapewni ciągłość ww. w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopie aktualnych dokumentów.
7. Posiada wpis we właściwym Rejestrze podmiotów leczniczych.
8. Korzysta z pełni praw publicznych i nie jest karany za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe) oraz za przestępstwa na tle seksualnym wobec małoletnich.

**9. Deklarowana liczba godzin na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Poradni Chirurgicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.:**

Dni	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Godziny						

10. Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia objętego przedmiotem konkursu na dzień złożenia oferty.
11. Spełnia warunki określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799).
12. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Poradni Chirurgicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.
  - a) **za świadczenia zdrowotne wykonywane w Poradni Chirurgicznej, w dniach i godzinach objętych harmonogramem w wysokości brutto: ..... % stawki oferowanej przez NFZ za 1 punkt wykonany i sprawozdany do NFZ**

b) za udzielone konsultacje wewnętrzne ..... zł brutto (słownie zł: ..... ) za 1 konsultację.

13. Wyraża zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego.
14. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Załączniki:**

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Wydruk z CEIDG.
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu oraz innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje (np. dyplomu specjalizacji itp., zgodnie z SWKO).
4. orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy wystawione przez lekarza medycyny pracy
5. zaświadczenie o szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy
6. oświadczenie o niekaralności
7. Kopia polisy OC.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopię tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzona podpisem Oferenta i pieczętą Oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej.**

.....  
podpis i pieczęć oferenta

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Wyrzysku Spółka z o.o.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.

5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.

6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych tel.: 67 210 98 67 e-mail: iodo@szpitalwyrzysk.pl

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

**Oświadczenie  
o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat**

Ja, niżej popisana/-y .....,

numer PESEL .....

oświadczam, że:

\* nie zamieszkiwałam/-em w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

\* zamieszkiwałam/-em w okresie ostatnich 20 lat w następujących państwach, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

1. ....

2. ....

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data i czytelny podpis)

\*Niepotrzebne skreślić

Na podstawie art. 21 ust. 5, ust. 7 i ust. 8 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1304 j.t. z późn. zm.)

Jeżeli osoba zamieszkiwała w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa jest zobowiązany przedłożyć zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

**Oświadczenie  
w przypadku braku informacji z rejestru karnego**

Ja, niżej popisana/-y

.....,

numer PESEL .....

oświadczam, że:

- prawo w państwie mojego obywatelstwa, tj. .... [podać nazwę państwa/państw], nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego;
- prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am, tj. .... [podać nazwę państwa/państw], nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego.

Jednocześnie oświadczam, że nie byłam/-em prawomocnie skazana/-y w żadnym z wyżej wymienionych państw za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu określonym w rozdziałach XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Dodatkowo oświadczam, że:

- Nie wydano wobec mnie żadnego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-em się wyżej wymienionych czynów zabronionych.
- Nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad małoletnimi.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(data i czytelny podpis)

**Oświadczenie o niekaralności**  
**i zobowiązaniu do przestrzegania podstawowych zasad ochrony dzieci**

Ja, .....,

nr PESEL .....

oświadczam, że nie byłam/-em skazana/-y za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie.

Ponadto oświadczam, że zapoznałam/-em się ze Standardami Ochrony Małoletnich w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku Spółka z o.o. i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data i czytelny podpis)