

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w WSzZ w Płocku

Płock, dnia

Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku
ul. Medyczna 19
09-400 Płock

OFERTA

O udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w zakresie badań diagnostycznych, wykonywanych przez technika elektroradiologii, pozostających we właściwości Zakładu Diagnostyki Obrazowej.

1. Dane oferenta:

.....

(nazwa oferenta)

.....

(adres)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.)

.....

tel.

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:

.....

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia w wysokości zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (jednolita stawka, niezależnie od pory oraz dnia tygodnia udzielania świadczeń).

4. Rodzaj wykonywanych badań diagnostycznych:

.....

.....

5. Okres na jaki została złożona oferta

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA:

1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu technika elektroradiologii, tj.:

- 1) dyplom uzyskania tytułu zawodowego technika elektroradiologii,
- 2) inne dokumenty kwalifikacyjne potwierdzające wyższe wykształcenie (licencjat, mgr), uprawniające do wykonywania określonych badań diagnostycznych.

2. Dokumenty określające status prawny oferenta, tj.:

- 1) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP),
- 2) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP (nie jest wymagane w przypadku załączenia wydruku CEIDG).

3. Polisa odpowiedzialności cywilnej w ramach działalności gospodarczej - w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz wszystkich zdarzeń lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy.

4. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

5. Inne dokumenty, w tym:

- 1) zaświadczenie lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na właściwym stanowisku, zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 2) aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych (zaświadczenie wydane przez lekarza profilaktyka lub wpis w książeczce dla celów sanitarno-epidemiologicznych),
- 3) zaświadczenie potwierdzające ukończone szkolenie w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta,
- 4) zaświadczenie o odbytych szkoleniach okresowych bhp.

Dokumenty wymienione w pkt 5 będą wymagane do przedłożenia, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
 2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
 3. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
 4. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
 5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
 6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
 7. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem pracy Komisji Konkursowej.
 8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
 9. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości
- (Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy).

Oświadczenie oferenta dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych, wg RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400 Płock - administratora danych, w celu uczestnictwa w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnej (KO.DKP/T-2/23 z dnia 31.05. 2023 r.) i w okresie obowiązywania umowy kontraktowej, po rozpatrzeniu oferty (art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej j.t. Dz. U. z 2023 r., poz. 991).
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one aktualne, zgodne ze stanem faktycznym i potwierdzają je dokumenty złożone do konkursu.
3. Potwierdzam zapoznanie się z treścią informacji o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych (jak w pkt 1) oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, zgodnie z poniższym brzmieniem:
 - 1) Wszelkie pytania związane z przetwarzaniem danych osobowych należy kierować do Inspektora Ochrony Danych, tel.: 243646856, adres e- mail: iod@wszplock.pl
 - 2) Mam prawo do:
 - żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
 - wycofania wyrażonej zgody z tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody może być zrealizowane w formie pisemnego oświadczenia lub drogą e- mail'ową na adres: iod@wszplock.pl
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
4. Dane osobowe oferenta będą przechowywane i przetwarzane przez okres zgodny z przepisami o archiwizacji.

