

Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie  
ul. Czapliniecka 123, 97-400 Bełchatów

FORMULARZ OFERTOWY  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Dane o Oferencie:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania).....

Numer prawa wykonywania

zawodu.....

Posiadana specjalizacja w zakresie .....

(proszę podać stopień specjalizacji)

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

.....

Ja niżej podpisany **wyrażam/ nie wyrażam\* (właściwie zakreślić)** na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) w zw. z art. 7 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) wyrażną i dobrowolną **zgoda na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych w zakresie:**

Telefon.....adres email.....

**w celu komunikacji w sprawach związanych z realizacją konkursu i wyboru Pańskiej oferty w postępowaniu konkursowym.**

Dodatkowo mam świadomość, iż mogę w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie mojego telefonu i adresu e-mail. Wycofanie zgodny nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Ewentualne wycofanie zgody można zrealizować poprzez korespondencję elektroniczną na adres: organizacja@szpital-belchatow.pl

Dane o prowadzonej działalności gospodarczej:

Nazwa i adres firmy.....

1. Niniejszym przystępuję do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i składam ofertę na wykonanie przedmiotowego zamówienia, zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu.
2. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w poniższym zakresie przedmiotu konkursu:

Numer pakietu	Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Cena jednostkowa brutto*	Liczba jednostek miary	Wartość zamówienia brutto**
Pakiet nr 1	Realizacja zadań Koordynatora ds. Kardiologii		36 miesięcy	
	oraz udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w Oddziale Kardiologicznym, Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Poradni Kardiologicznej.		..... Maksymalna oferowana liczba godzin na okres 36 miesięcy	
Wartość zamówienia brutto ogółem (cena oferty)***:				

\* - w przypadku realizacji zadań Koordynatora ds. Kardiologii jako cenę jednostkową brutto należy podać miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe z tytułu pełnienia tej funkcji, natomiast w przypadku udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych pacjentom w Oddziale Kardiologicznym, Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Poradni Kardiologicznej jako cenę jednostkową brutto należy podać stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń;

\*\* - wartość zamówienia brutto to koszt za realizację zadań Koordynatora ds. Kardiologii przez okres 36 miesięcy oraz udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych pacjentom w Oddziale Kardiologicznym, Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Poradni Kardiologicznej;

\*\*\* - wartość zamówienia brutto ogółem (cena oferty) to całkowity koszt oferty tj. suma wartości zamówienia brutto za realizację zadań Koordynatora ds. Kardiologii oraz udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych pacjentom w Oddziale Kardiologicznym, Pododdziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Poradni Kardiologicznej przez okres 36 miesięcy;

✓ Jakość:

Doświadczenie zawodowe pracy w zakresie Oddziału Kardiologicznego, Pododdziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego

Doświadczenie zawodowe*	
do 25 lat	powyżej 25 lat

\* - zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce

Doświadczenie w pracy na stanowiskach kierowniczych

Doświadczenie w pracy na stanowiskach kierowniczych*		
10 lat	od 10 do 25 lat	powyżej 25 lat

\* - zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce

### Posiadane kwalifikacje

Kwalifikacje będące w dziedzinie przedmiotu konkursu*	
Lekarz specjalista lub lekarz specjalista II stopnia w dziedzinie kardiologii	Lekarz specjalista lub lekarz specjalista II stopnia w dziedzinie kardiologii posiadający tytuł doktora nauk medycznych

\* - **zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce**

- ✓ Dostępność to minimalna ilość godzin, jaką Przyjmujący zamówienie będzie świadczył osobiście u Udzielającego zamówienie.

Dostępność do udzielania świadczeń*	
120 godzin miesięcznie	powyżej 120 godzin miesięcznie

\* - **zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce**

- ✓ Ciągłość w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem konkursu w ciągu ostatnich 6 miesięcy przez Przyjmującego zamówienie\*:

Ciągłość w udzielaniu świadczeń*	
Tak	Nie

\* - **zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce**

- ✓ Kompleksowość udzielanie świadczeń/lub nieudzielanie świadczeń w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy

Kompleksowość w udzielaniu świadczeń *	
nie deklaruje udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele, święta oraz dni ustawowo wolne od pracy	deklaruje udzielanie świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele, święta oraz dni ustawowo wolne od pracy

\* - **zaznaczyć „X” w odpowiedniej rubryce**

### Oświadczam, że:

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) oraz z projektem umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń oraz, że uzyskałem/-am wszelkie informacje niezbędne do przygotowania i złożenia oferty.
3. Nie toczy się wobec mnie postępowanie karne i nie jestem pozbawiony prawa wykonywania zawodu.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w projekcie umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.

5. Uważam się związany/-a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie z harmonogramem i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
7. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
8. Przedmiot zamówienia będę realizował/-a zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego zamówienia.
9. Posiadam możliwości wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
10. **Proponowany czas trwania umowy:** .....

..... dnia ..... 2026 r.  
(miejscowość)

.....  
(podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)

**Do oferty załączam następujące dokumenty:**

1. Wydruk z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego (z datą nie wcześniejszą niż 6 miesięcy przed upływem terminu złożenia ofert).
2. Aktualny wydruk z księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą, gdyż ofertę może złożyć Oferent dysponujący odpowiednimi uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, posiadający odpowiedni wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Kserokopia dokumentów: prawa wykonywania zawodu lekarza, dyplomu ukończenia studiów i posiadanej specjalizacji, certyfikaty/zaświadczenia/dyplomy.
4. Kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych,  bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację świadczeń objętych konkursem.
5. Opis przebiegu pracy zawodowej.
6. Aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny o zdolności do realizacji przedmiotu umowy.
7. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP adekwatnego dla swojej grupy zawodowej. W przypadku braku niniejszego zaświadczenia, należy dołączyć oświadczenie o poddaniu się szkoleniu na własny koszt w terminie najpóźniej do 30.06.2026r.
8. Aktualne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta – jeżeli dotyczy.
9. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta jest sporządzana przez pełnomocnika.

**Kserokopie dokumentów muszą zawierać na każdej stronie zapis – „potwierdzono za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis (lub podpis i imienna pieczęć) oferenta**

**UWAGA: oferty nie odpowiadające wymogom opisanym w SWK i w powyższym formularzu będą ODRZUCONE.**

**DODATKOWE DOKUMENTY WYMAGANE OD WYBRANYCH W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM  
OFERENTÓW PRZED PODPISANIEM UMOWY**

**Dodatkowo dla Podmiotów, których oferty zostaną przyjęte w postępowaniu konkursowym, przed podpisaniem umowy z Udzielającym zamówienie, niezbędne będzie przedłożenie następujących dokumentów, dotyczących każdego członka personelu medycznego:**

1. Formularz danych niezbędnych do weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym (**Załącznik nr 3 do SWK**);

2. Informacja o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, o której mowa w art. 21 ust.3 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024r. poz.560 z późn zm.);
3. Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwana do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi lub informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa (zgodnie z art. 21 ust. 4 i 6 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024r. poz.560 z późn.zm.)) – **w przypadku osoby posiadającej obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska**
4. Oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat (**Załącznik nr 4 do SWK**);
5. Oświadczenie o braku prawomocnego skazania w państwie obywatelstwa lub państwie zamieszkania (**Załącznik nr 5 do SWK**) – **jeżeli dotyczy**

Kopie powyższych dokumentów muszą zostać poświadczone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub przez notariusza.

Oferty będą oceniane pod względem formalnym, tj. spełnienia warunków podanych w dokumentacji konkursowej oraz merytorycznym, tj. wyboru najkorzystniejszej oferty zgodnie z nw. kryteriami.

#### Klauzula obowiązku informacyjnego

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, reprezentowanego przez Dyrektora Szpitala, adres: ul. Czapliniecka 123, 97-400 Bełchatów;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@szpital-belchatow.pl](mailto:iod@szpital-belchatow.pl);
3. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO celem wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, w celu przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert na udzielenie zamówienia w zakresie świadczeń zdrowotnych oraz art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, czyli zgody osoby, której dane są przetwarzane;
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).
5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt 10 lat;
2. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia danych lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
3. Podanie danych osobowych, w przypadku innych niż dane podane na podstawie zgody jest obowiązkowe, aby zrealizować ww. cel. W przypadku danych podanych za zgodą, istnieje możliwość cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
4. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.