

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

lecniczą

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) wyraźną i dobrowolną **zgode 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	Maksymalna liczba godzin niezbędna do zabezpieczenia świadczeń przewidziana na okres od 01.06.2026 do 31.05.2028*	Oferowana maksymalna liczba godzin przez Oferenta przewidziana na okres od 01.06.2026 do 31.05.2028*	Cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń
	Udzielanie zabiegowych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym		zł
1		13 589*		

Udzielający zamówienie przewiduje maksymalną liczbę 13 589 godzin (objętą przedmiotem zamówienia na okres od 01.06.2026 do 31.05.2028 (tj. 24 miesiące)

* - **wskazać maksymalną liczbę godzin (wymagane uzupełnienie rubryki)**

✓ Jakość – Posiadane kwalifikacje w dziedzinie wymaganej w przedmiocie konkursu

Posiadane kwalifikacje *	
lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie wymaganej w przedmiocie konkursu	lekarz specjalista w dziedzinie wymaganej w przedmiocie konkursu

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

✓ Dostępność do udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie

Dostępność do udzielania świadczeń*	
57 godzin miesięcznie	powyżej 57 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 deklaruję udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele, święta oraz dni ustawowo wolne od pracy	deklaruję 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. Oświadczam, że nie toczy się wobec mnie postępowanie karne i nie jestem pozbawiony prawa wykonywania zawodu.
4. Oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne.
5. Zobowiązuję się przedłożyć informację o niekaralności z **Krajowego Rejestru Karnego** i złożyć stosowne oświadczenie, zgodnie z art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. (Dz.U. z 2023 r., poz. 1304, 1606), najpóźniej w dniu podpisania umowy.
6. Posiadam aktualne ubezpieczenie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, bądź zobowiązuję się 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.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w projekcie umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
8. Uważam się związany/-a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie z harmonogramem i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
10. Zapewniam udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje wskazane przez Udzielającego zamówienia w SWKO.
11. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
12. Oświadczam, że przedmiot zamówienia będę realizował/-a zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego zamówienia.
13. Oświadczam, że posiadam możliwości wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
14. **Proponowany czas trwania umowy:**

..... dnia2026 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 każdej osoby zgłoszonej do realizacji powyższej umowy: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom ukończenia studiów i posiadanej specjalizacji
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. Wykaz personelu medycznego
6. Aktualne zaświadczenia lekarskie od lekarza medycyny o zdolności do realizacji przedmiotu umowy
7. Aktualne zaświadczenia 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 najpóźniej do 30.06.2026 r.
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 KAŻDEGO CZŁONKA PERSONELU MEDYCZNEGO OFERENTÓW W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM

(zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2021 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2024r. poz.560 z późn.zm.)

1. Formularz danych niezbędnych do weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym (**Załącznik nr 3 do SWK**)
2. Informacja 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. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, lub potwierdzenie złożenia wniosku o uzyskanie w/w informacji.
3. W przypadku osoby, która posiada obywatelstwo innego państwa niż RP - Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwana do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi. Jeżeli prawo państwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa, lub potwierdzenie złożenia wniosku o uzyskanie w/w informacji – **jeżeli dotyczy**
4. Oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa (**Załącznik nr 4 do SWK** oraz jednocześnie informacja z rejestrów karnych tych państw uzyskiwana do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi. Jeżeli prawo państwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa, lub potwierdzenie złożenia wniosku o uzyskanie w/w informacji.

5. Oświadczenie o braku prawomocnego skazania w państwie obywatelstwa lub państwie zamieszkania
(Załącznik nr 5 do SWK) – jeżeli dotyczy

Każdy członek personelu medycznego Oferenta wybranego w postępowaniu konkursowym, przed podpisaniem umowy zostanie sprawdzony w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym – zgodnie z art. 21 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.)

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;
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 Rzeczowym 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 obligatoryjne, 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.