

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 e-mail

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 i zakres świadczeń zdrowotnych	Szacunkowa ilość punktów objęta przedmiotem postępowania konkursowego przewidziana na okres 01.06.2026 -31.05.2028	Oferowana szacunkowa ilość punktów przez Oferenta przewidziana na okres 01.06.2026 -31.05.2028*	Warunki płatności: proszę wskazać procent zrealizowanej procedury oraz wartość punktu rozliczeniowego**
Pakiet Nr 1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Endokrynologicznej	1 300 000 punktów % według wyceny punktowej procedur dokonanej przez NFZ (dotyczy również procedur wykonywanych w ramach opieki koordynowanej) przy cenie punktu rozliczeniowego zł x ilość zrealizowanych punktów.

Udzielający zamówienia informuje, że ilość punktów objętych przedmiotem zamówienia stanowi wartość szacunkową, służącą do prawidłowego skalkulowania ceny ofert. Ilość punktów może ulec zmianie w zależności od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia z zastrzeżeniem, że Przyjmującemu zamówienie nie będą przysługiwać z tego tytułu żadne roszczenia wobec Udzielającego zamówienie.

*- **wskazać oferowaną ilość punktów do zrealizowania w zakresie Poradni**

**** -wskazać oferowany procent według wyceny punktowej procedury oraz cenę punktu rozliczeniowego.**

- ✓ Jakość – doświadczenie zawodowe osób realizujących umowę w zakresie udzielania świadczeń z dziedziny w przedmiocie konkursu:

Doświadczenie zawodowe *		
do 5 lat	powyżej 5 do 10 lat	powyżej 10 lat

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

- ✓ Dostępność do udzielania świadczeń w tygodniu u Udzielającego zamówienie przez Przyjmującego zamówienie*:

Dostępność do udzielania świadczeń*	
1 x w tygodniu	więcej niż 1 x w tygodniu

* - **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 zabezpieczenie całości lub części zapotrzebowania Udzielającego zamówienia przez Przyjmującego zamówienie:

Kompleksowość w udzielaniu świadczeń	
Oferta wyczerpująca część zapotrzebowania	Oferta wyczerpująca całość zapotrzebowania

* - 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. 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. Oświadczam, że zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
8. Oświadczam, że przedmiot zamówienia będę realizował/-a zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że posiadam możliwości wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
10. **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: prawa wykonywania zawodu lekarza, dyplomu 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. Aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny o zdolności do realizacji przedmiotu umowy (w przypadku stanowisk pracy z narażeniem na pole elektromagnetyczne i jonizujące z określeniem możliwości pracy w narażeniu na w/w czynniki).
6. 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 organizowanego szkolenia przez Udzielającego zamówienia najpóźniej do 30.06.2026 r.
7. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (dotyczy stanowisk pracy z pacjentem narażonym na w/w czynniki).
8. 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

(zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 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 Oferenta 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.
3. W przypadku Oferenta, który 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 – **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
5. Oświadczenie o braku prawomocnego skazania w państwie obywatelstwa lub państwie zamieszkania (**Załącznik nr 5 do SWK**) – **jeżeli dotyczy**

Każdy z Oferentów wybranych 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 Rzecзовym 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.