Załącznik nr 1 do Szczegółowych

Warunków Konkursu Ofert

. . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

[pieczątka firmowa]

###### Oferta

**I**. **DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**:

**Pełna nazwa\*/ Imię i nazwisko\*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Siedziba / adres zamieszkania** [kod, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu] . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Adres do korespondencji\*** [wypełnić jeśli jest inny niż adres podany powyżej]

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Forma udzielania świadczeń zdrowotnych:** umowa zlecenie\* / umowa kontraktowa\* w przypadku wykonywania działalności gospodarczej**.**

**Nr wpisu do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów / *……………(proszę wypełnić, jeśli Przyjmujący zamówienie podlega wpisowi)***

**REGON\*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**NIP** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**PESEL\* (w przypadku umowy zlecenie)** . . . . . . . . …………………………

**Telefon** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**E**-**mail** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

\*Należy niepotrzebne skreślić i wypełnić tylko te pola, które dotyczą Przyjmującego zamówienie.

**Dotyczy:** postępowania konkursowego, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez fizjoterapeutów, od daty zawarcia umowy do 31.12.2022 r. w formie:**

1. **fizjoterapii domowej w ramach NFZ,**
2. **fizjoterapii domowej komercyjnej,**
3. **fizjoterapia ambulatoryjnej komercyjnej.**

**Ponadto wyznaczeni fizjoterapeuci będą pełnić dyżur w Poradni Rehabilitacyjnej.**

**1*OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY***

***– wypełnić tylko w przypadku zakreślenia powyżej, że realizacja będzie odbywała się na podstawie umowy zlecenie, w przeciwnym razie należy całe oświadczenie skreślić, ponieważ nie dotyczy umów kontraktowych.***

Niniejszym oświadczam, iż:

***Jestem\* / nie jestem\**** objęty obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenie.

Moje wynagrodzenie **miesięczne** z tytułu umowy o pracę lub umowy zlecenia wynosi:

1. ***co najmniej minimalne wynagrodzenie przewidziane przepisami prawa obowiązującymi na dzień składania ofert\*,***
2. ***poniżej minimalnego wynagrodzenia przewidzianego przepisami prawa obowiązującymi na dzień składania ofert\*,***

***Będę\*/ nie będę\**** wnosił o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.

***Będę\*/ nie będę\**** wnosił o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

***\* Niewłaściwe należy skreślić.***

1. Oświadczam, że przystępuję do konkursu ofert ogłoszonego przezUdzielającego zamówienia - **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie**   
   na warunkach przedstawionych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz warunki   
   te akceptuję.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia opublikowanego na stronie internetowej oraz wywieszonego w siedzibie **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie** w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. **Proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz pełnienie dyżuru:**
   1. **fizjoterapia domowa w ramach NFZ - ……. %** od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów w ramach NFZ**,** z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych,
   2. **fizjoterapia domowa komercyjna - ……….% ceny** za zabieg wskazanej w cenniku stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert,
   3. **fizjoterapia ambulatoryjna komercyjna - ……….% ceny** za zabieg wskazanej w cenniku stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, **z wyjątkiem zabiegu z użyciem  pijawki  lekarskiej,** którego wykonywanie oferuję za ……… **% ceny** za zabieg wskazanej w cenniku stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert,
   4. **pełnienie dyżuru w Poradni Rehabilitacyjnej - …… zł brutto.**
4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
5. Oświadczam, że jestem związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.
6. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę zgodną z wzorem stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
7. Oświadczam, że znany jest mi fakt, iż treść niniejszej oferty, a w szczególności dane mnie identyfikujące tj.: imię, nazwisko oraz nazwa firmy a także przedmiot oferty i wysokość wynagrodzenia, podlegają udostępnieniu w trybie ustawy z dnia 6 września 2001 o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 ze zm.).
8. Oświadczam, że zapoznałem się z poniższą klauzulą informacyjną:
   * 1. Udzielający Zamówienie oświadcza, że przetwarza dane osobowe osób fizycznych – pacjentów SPZOZ PIASTUN w związku - z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz tych osób a także pracowników i innych współpracowników,
     2. Udzielający Zamówienie oświadcza, że jest administratorem danych osobowych osób wskazanych w pkt. 1,
     3. Udzielający Zamówienie, w przypadku zawarcia umowy, powierzy Przyjmującemu Zamówienie przetwarzanie danych osobowych pacjentów SPZOZ (w tym danych wrażliwych), a także pracowników i współpracowników - w zakresie i celu związanym z wykonywaniem tej umowy,
     4. dane Osobowe będą mogły być przetwarzane wyłącznie w celu wykonywania zawartej pomiędzy stronami Umowy oraz w zakresie niezbędnym do wykonania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z tej Umowy,
     5. w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania przez Udzielającego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie niniejszym upoważnia Udzielającego zamówienie do przetwarzania jego danych osobowych i w razie takiej konieczności ich przekazywania uprawnionym na podstawie stosownych przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Administratorem danych osobowych Przyjmującego Zamówienie jest SPZOZ PIASTUN,
     6. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie przetwarzane będą jedynie w celu realizacji niniejszego postępowania, a w przypadku zawarcia umowy również w celu realizacji umowy,
     7. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie nie będą udostępniane innym odbiorcom poza przypadkami, gdy taki obowiązek wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego lub zostanie na to wyrażona zgoda przez Przyjmującego Zamówienie,
     8. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu,  
        o ile jest to zgodne z przepisami prawa powszechnie obowiązującego,
     9. Przyjmujący Zamówienie ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy prawa powszechnie obowiązującego,
     10. dane osobowe Przyjmującego Zamówienie nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
9. *Powyższe oświadczenia składam świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu przedkładania fałszywych   
   lub stwierdzających nieprawdę dokumentów lub nierzetelnych oświadczeń mających istotne znaczenie   
   dla uzyskania przedmiotowych zamówień (art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny) a także konsekwencji określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Załączniki:

1. Dokument potwierdzających posiadane kwalifikacje.
2. Oświadczenie w zakresie posiadanego doświadczenia w danym zawodzie.
3. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu.
4. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej
5. Inne:…………………………………………………………………

\*Niepotrzebne skreślić

**oferta z załącznikami zawiera łącznie .................... ponumerowanych stron.**

................................., dnia .............. r.

...............................................................

*podpis Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej do reprezentowania*