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 wykonywania zawodu …………………………………………………………**

**PESEL** . . . . . . . . ………………………………………………………………………

**Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujący działalność leczniczą\*/ do rejestru fizjoterapeutów\* / *……………(proszę wypełnić, jeśli Przyjmujący zamówienie podlega wpisowi)***

***\*Niepotrzebne należy skreślić.***

**REGON** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

**Telefon** [z numerem kierunkowym]. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Fax**[z numerem kierunkowym] . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

**II**. **PRZEDMIOT OFERTY**:

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

**Dotyczy: postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych**w ramach projektupn.: **„Kompleksowe wsparcie SPZOZ PIASTUN w zakresie chorób kręgosłupa dla dzieci kl. I-VI w woj. mazowieckim” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.**

**Zadanie 1\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza chirurga-ortopedę traumatologa.** W tym zadaniu zostanie zawarta umowa kontraktowa lub zlecenie na podstawie której świadczeń będzie udzielał 1 lekarz\*, na podstawie:

1. umowy kontraktowej\*
2. umowy zlecenia\* (uwaga: do wskazanego poniżej wynagrodzenia zostaną - w celu porównania ofert - doliczone składki obciążające Zleceniodawcę zgodnie z oświadczeniem Zleceniobiorcy1).

**Zadanie 2\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę, który będzie przeprowadzał badania fizjoterapeutyczne.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy kontraktowe lub zlecenia - na podstawie których - świadczeń będzie udzielało maksymalnie **2 fizjoterapeutów\*,** na podstawie:

1. umowy kontraktowej\*
2. umowy zlecenia\* (uwaga: do wskazanego poniżej wynagrodzenia zostaną - w celu porównania ofert - doliczone składki obciążające Zleceniodawcę zgodnie z oświadczeniem Zleceniobiorcy1).

**Zadanie 3\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę, który będzie przeprowadzał zajęcia ruchowe w grupie.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy kontraktowe lub zlecenia - na podstawie których - świadczeń będzie udzielało maksymalnie **12 fizjoterapeutów\*,**

na podstawie:

1. umowy kontraktowej\*
2. umowy zlecenia\* (uwaga: do wskazanego poniżej wynagrodzenia zostaną - w celu porównania ofert - doliczone składki obciążające Zleceniodawcę zgodnie z oświadczeniem Zleceniobiorcy1).

**Zadanie 4\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy kontraktowa lub zlecenie na podstawie których świadczeń będzie udzielało **2 psychologów\*,** na podstawie:

1. umowy kontraktowej\*
2. umowy zlecenia\* (uwaga: do wskazanego poniżej wynagrodzenia zostaną - w celu porównania ofert - doliczone składki obciążające Zleceniodawcę, zgodnie z oświadczeniem Zleceniobiorcy1).

**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:**

**Zadanie 1\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza chirurga-ortopedę traumatologa:**

1. badanie początkowe – ……… zł za badanie\*,
2. za indywidualną poradę lekarską – …………. zł za każdą poradę\*.

**Zadanie 2\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę, który będzie przeprowadzał badania fizjoterapeutyczne:**

1. badanie początkowe – ……… zł za badanie\*,
2. badanie w połowie interwencji – …………. zł za badanie\*,
3. badanie końcowe – …………. zł za badanie\*.

**Zadanie 3\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę, który będzie przeprowadzał zajęcia ruchowe w grupie -** za prowadzenie zajęć ruchowych – …………..zł za każdą osobę (dziecko) podczas godzinnych zajęć (w grupie do 10 osób)\*.

**Zadanie 4\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa -** za indywidualną poradę – ………… zł za poradę\*.

*\* Niewłaściwe należy skreślić.*

1. Oświadczam, że posiadam uprawnienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
2. Oświadczam, że jestem związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę zgodną z wzorem stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
4. 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).
5. 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.
6. *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 – **nie dotyczy psychologów.**
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*