**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]

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

**Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujący działalność leczniczą zgodnie z art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (rejestr podmiotów leczniczych) ………………………\***

**Nr wpisu do właściwego rejestru zgodnie z art. 101 -102 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (rejestr lekarzy) …………………………………………\***

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

**NIP\*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

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

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

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

**Niniejszym przystępuję do postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie przy ul. M. Reja 1 w okresie od 01.01.2022 r. do 31.12.2024 r.
i składam ofertę na niżej wskazane zadania za wynagrodzeniem poniżej zaoferowanym:**

**Zadanie 1: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy: kontraktowa lub zlecenie na podstawie której będzie udzielało świadczeń **11 lekarzy.**

**Zadanie 2: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie nocnej
i świątecznej opieki zdrowotnej.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy: kontraktowa lub zlecenie na podstawie których będzie udzielało świadczeń **4 lekarzy.**

**Zadanie 3: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – kardiologia.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy: kontraktowa lub zlecenie na podstawie których będzie udzielało świadczeń **3 lekarzy.**

**Zadanie 4: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ortopedia.** W tym zadaniu zostaną zawarte umowy: kontraktowa lub zlecenie na podstawie których będzie udzielało świadczeń **4 lekarzy.**

1. Oświadczam, że przystępuję do konkursu ofert ogłoszonego przezUdzielającego zamówienia - **Samodzielny Publiczny Zakład 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 udzielania świadczeń zdrowotnych:**

**Zadanie 1: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej -** cena jednostkowa brutto za 1 godz. …………. zł.

**Zadanie 2: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie nocnej
i świątecznej opieki zdrowotnej -** cena jednostkowa brutto za 1 godz. …………. zł.

**Zadanie 3: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – kardiologia -** cena jednostkowa brutto: równowartość **…………% od uzyskanych
i zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów w ramach NFZ,** z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych**\*** lub cena jednostkowa brutto - ……….…. zł**\*** za 1 pacjenta.

**\*Uwaga, niepotrzebne należy skreślić.**

**Zadanie 4: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ortopedia -** cena jednostkowa brutto za 1 godz. …….. zł.

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.
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 potwierdzający posiadane kwalifikacje.
2. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu.
3. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.
4. Inne:…………………………………………………………………

**\*Niepotrzebne skreślić**

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

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

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

*podpis Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej do reprezentowania*