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

**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 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PIASTUN   
w Piastowie przy ul. M. Reja 1 i składam ofertę na niżej wskazane zadania   
za wynagrodzeniem poniżej zaoferowanym:**

1. **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie nocnej   
   i świątecznej opieki zdrowotnej w terminie od 1.10.2022 r. do 31.12.2023 r.** W tym zadaniu zostaną zawarte dwie umowy **zlecenie** na podstawie których będzie udzielało świadczeń **2 lekarzy\***,
2. **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ortopedia w terminie od 1.10.2022 r. do 31.12.2024 r.** W tym zadaniu zostaną zawarte dwie umowy kontraktowe na podstawie których będzie udzielało świadczeń **2 lekarzy\*,**
3. **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – kardiologia w terminie od 1.10.2022 r. do 31.12.2024 r.** W tym zadaniu zostanie zawarta jedna umowa **zlecenie** na podstawie której będzie udzielał świadczeń **1 lekarz\*,**
4. **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie porad specjalisty fizjoterapeuty i wizyt   
   w terminie od 01.10.2022 r. do 30.06.2025 r.** W tym zadaniu zostanie zawarta jedna umowa kontraktowa na podstawie których będzie udzielał świadczeń **1** **specjalista**  **fizjoterapeuta\*,**
5. **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę w terminie od 01.10.2022 r.   
   do 30.06.2025 r. w formie:**
6. **fizjoterapii domowej w ramach NFZ,**
7. **fizjoterapii domowej komercyjnej,**
8. **fizjoterapia ambulatoryjnej komercyjnej.**

W tym zadaniu zostaną zawarte 3 umowy zlecenia lub kontraktowe na podstawie których świadczeń będzie udzielało **3 fizjoterapeutów\***

*\*zadanie, na które nie jest składana oferta należy wykreślić.*

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:**
   1. **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie nocnej   
      i świątecznej opieki zdrowotnej w terminie od 1.10.2022 r. do 31.12.2023 r. -** cena jednostkowa brutto za 1 godz. ………… zł\*,
   2. **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ortopedia w terminie od 1.10.2022 r. do 31.12.2024 r.** 
      1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z NFZ cena jednostkowa brutto za 1 godz.  **………** zł**\* lub**
      2. cena brutto stanowiąca równowartość  **………..%** od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu punktów w ramach kontraktu NFZ**\*,**

***\* niepotrzebne skreślić***

* + 1. cena brutto stanowiąca równowartość **………%** przychodów uzyskanych za komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych\*,
  1. **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – kardiologia w terminie od 1.10.2022 r. do 31.12.2024 r. -** cena brutto stanowiąca równowartość  **………..%** od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu punktów w ramach kontraktu NFZ\*,
  2. **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie porad specjalisty fizjoterapeuty i wizyt   
     w terminie od 01.10.2022 r. do 30.06.2025 r.** - miesięczne wynagrodzenie brutto …………………. zł\*,
  3. **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę w terminie od 01.10.2022 r.   
     do 30.06.2025 r. w formie:**

1. **fizjoterapii domowej w ramach NFZ -** cena jednostkowa brutto za 1 godz.  **…………..** zł,
2. **fizjoterapii domowej komercyjnej -** cena stanowiąca równowartość **……… %** przychodów uzyskanych za komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
3. **fizjoterapii ambulatoryjnej komercyjnej -** cena stanowiąca równowartość **……. %** przychodów uzyskanych za komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

*\*zadanie, na które nie jest składana oferta należy wykreślić.*

1. Oświadczam, że posiadam uprawnienia, wymagane prawem kwalifikacje, niezbędną wiedzę   
   i doświadczenie do wykonywania świadczeń zdrowotnych na które składam niniejszą ofertę.
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 przeze mnie kwalifikacje.
2. Dokument potwierdzający posiadanie przeze mnie prawa wykonywania zawodu.
3. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.
4. Inne:…………………………………………………………………

**\*Niepotrzebne skreślić**

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

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

*podpis Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej do reprezentowania*