**Załącznik 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 (Regon lub NIP w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej albo PESEL w przypadku osoby fizycznej).***

**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. 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:**

***\*UWAGA, PROSZĘ ZAKREŚLIĆ ZADANIA NA KTÓRE SKŁADNA JEST OFERTA:***

**Zadanie nr 1: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w zakresie nocnej  
i świątecznej opieki zdrowotnej w terminie od 1.07.2025 r. do 31.12.2027 r - s**zacunkowa cena jednostkowa brutto: **………… zł** za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Zadanie nr 2: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w terminie od 31.07.2025 r. do 31.12.2028 r. - s**zacunkowa cena jednostkowa brutto: **……….. zł** za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Zadanie nr 3: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie nocnej  
i świątecznej opieki zdrowotnej w terminie od 1.07.2025 r. do 31.12.2026 r. - s**zacunkowa cena jednostkowa brutto: **……….. zł** za 1 godz. udzielania świadczeń.

**Zadanie nr 4: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w terminie od 1.07.2025 r. do 31.12.2028 r.** - **s**zacunkowa cena jednostkowa brutto: **……… zł** za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Zadanie nr 5: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza dentystę w zakresie stomatologii ogólnej i chirurgii stomatologicznej w terminie od 1.07.2025 r. do 30.06.2028 r.****-** szacunkowa cena jednostkowa brutto:

1. ……… % od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów w ramach kontraktu NFZ,
2. ………. % od przychodów uzyskanych za komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

**Zadanie nr 6: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza dentystę w zakresie protetyki stomatologicznej w terminie od 1.07.2025 r. do 30.06.2028 r. - s**zacunkowa cena jednostkowa brutto:

1. ………. % od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów w ramach kontraktu NFZ,
2. ……….. % od przychodów uzyskanych za komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu kalendarzowym z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

**Zadanie nr 7: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie badań ultrasonograficznych w terminie od 1.07.2025 r. do 31.12.2027 r. - s**zacunkowa cena jednostkowa brutto:

1. ……… złza 1 badanie wykonane w ramach NFZ,
2. ……… zł za 1 badanie wykonane komercyjnie.

**Zadanie nr 8: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie angiologii/chirurgii naczyniowej w terminie od 1.07.2025 r. do 31.12.2028 r. - s**zacunkowe wynagrodzenie brutto: **……….** od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów w ramach kontraktu NFZ.

**Zadanie nr 9: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie urologii w terminie od 1.07.2025 r. do 31.12.2027 r. -** szacunkowa cena jednostkowa brutto:

1. **……….%** od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów w ramach kontraktu z NFZ,
2. **………%** uzyskanych w miesiącu kalendarzowym przychodów za udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom komercyjnym.

**Zadanie nr 10: Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie fizjoterapii w terminie od 1.07.2025 r. do 30.06.2028 r. - s**zacunkowa cena jednostkowa brutto: **……….. zł** za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Zadanie nr 11: Wykonywanie usług i świadczeń zdrowotnych przez specjalistę fizjoterapii w terminie od 1.07.2025 r. do 30.06.2028 r. - s**zacunkowe wynagrodzenie brutto: **…………zł** za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Zadanie nr 12: Wykonywanie usług i świadczeń zdrowotnych w terminie od 01.07.2025 r.   
do 31.12.2026 r.** w zakresie usługi:

1. **transportu sanitarnego, kierowania pojazdem uprzywilejowanym, ratownictwa medycznego** - **s**zacunkowe wynagrodzenie brutto: **………… zł** za 1 godzinę realizacji usługi,
2. **transportu sanitarnego, kierowania pojazdem uprzywilejowanym, ratownictwa medycznego** podczas **zabezpieczeń medycznych** **imprez** - **s**zacunkowe wynagrodzenie brutto: **………… zł** za 1 godzinę realizacji usługi,

**Zadanie nr 13: Wykonywanie usług i świadczeń zdrowotnych w terminie od 01.07.2025 r.   
do 31.12.2026 r.** w zakresie usługi:

1. **transportu sanitarnego, kierowania pojazdem uprzywilejowanym, pierwszej pomocy przedmedycznej** - **s**zacunkowe wynagrodzenie brutto: **……… zł** za 1 godzinę realizacji usługi,
2. **transportu sanitarnego, kierowania pojazdem uprzywilejowanym, pierwszej pomocy przedmedycznej** podczas **zabezpieczeń medycznych** **imprez** - **s**zacunkowe wynagrodzenie brutto: **…….. zł** za 1 godzinę realizacji usługi.
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
4. Oświadczam, że jestem związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.
5. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę zgodną z wzorem stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
6. 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.
7. 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.
8. *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. Formularz z danymi osobowymi w celu weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym – **dotyczy zadań nr 1, 2, 3, 5, 7, 12, 13.**
5. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego - **dotyczy zadań nr 1, 2, 3, 5, 7, 12, 13.**

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

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

*podpis Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej do reprezentowania*