*Załącznik nr 1 konkursu*

*Zarządzenie Dyrektora Samodzielnego Publicznego*

*Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radziejowie*

*z dnia 20 października 2022 roku nr 73/2022*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:**

1. Nazwa i adres ...................................................................................................................................................
2. Reprezentacja (nazwisko i imię) .......................................................................................................................
3. Wykształcenie/zawód .........................................................../...........................................................................
4. Prawo wykonywania zawodu nr ................. wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w ................................
5. Specjalizacja ............. stopnia w zakresie .................................................. zgodnie z dyplomem nr ............... wydanym przez ................................................................................................................................................
6. Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych spec. praktyk lek. nr .............................. wydane przez Okręgową Radę Lekarską w ............................................
7. Zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lek. nr......................... wydane przez Okręgową Radę Lekarską w ............................................
8. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej nr ................. wydane przez .......................
9. REGON ........................................
10. NIP ...............................................
11. PESEL .........................................
12. Polisa na ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na sumę ubezpieczeniową ……........................... zł zawarta z ....................... na okres od ..........................do ................................ - numer polisy ......................

**II. PRZEDMIOT OFERTY:**

1. pełnienie funkcji koordynatora Oddziału położniczo-ginekologicznego.
2. udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach od 8.00 do 14.00 w Oddziale położniczo-ginekologicznym.
3. udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego w dni robocze w godzinach od 14.00 do 8.00 dnia następnego, oraz całodobowo w niedzielę, święta oraz dni wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego w Oddziale położniczo-ginekologicznym.\*

**\*** niepotrzebne skreślić

**III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:**

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizacje świadczeń zdrowotnych oczekuję należności:

1. ....................... zł /pełnienie funkcji koordynatora,

2. ....................... zł/godz. w dzień powszedni (średnia stawka obowiązująca godz. dzienne i nocne),

3. ....................... zł/godz. w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy,

4. ....................... zł/godz. pozostawania w gotowości do pracy,

**IV. CZAS TRWANIA UMOWY:**

Oferuję zawarcie umowy na okres od .................. r. do ................ r.

**V. ZAŁĄCZNIKI**

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dokumenty | Załączam/nie załączam | Uzupełnię do dnia |
| 1 | zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej |  |  |
| 2 | zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specj. praktyki lek. |  |  |
| 3 | zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specj. prak.lek. |  |  |
| 4 | polisa ubezpieczeniowa |  |  |
| 5 | REGON |  |  |
| 6 | NIP |  |  |
| 7 | dyplom uczelni |  |  |
| 8 | dyplom specjalizacji |  |  |
| 9 | prawo wykonywania zawodu |  |  |

WYJAŚNIENIE - oznacza nie załączam

 **X** - oznacza załączam

 - oznacza zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)

**VI. OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022.633).
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny i zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu podpisania umowy
3. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia oraz, że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
6. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
7. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
10. Zobowiązuje się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
11. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym;
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postepowania konkursowego.

**……………………………. ……………………………………..**

Data Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

*Załącznik nr 2 konkursu*

*Zarządzenie Dyrektora Samodzielnego Publicznego*

*Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radziejowie*

*z dnia 20 października 2022 roku nr 73/2022*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Niniejszym, oświadczam, że:

* 1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
	2. Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
	3. Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
	4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
	5. Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
	6. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
	7. Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia
	8. Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
	9. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

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

 Data Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

*Załącznik nr 3 konkursu*

*Zarządzenie Dyrektora Samodzielnego Publicznego*

*Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radziejowie*

*z dnia 20 października 2022 roku nr 73/2022*

**KLAUZULA INFORMACYJNA OGÓLNA**

Na podstawie art 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw)- 95/46/WE (dalej: RODO) stosowanego począwszy od 25 maja 2018r., informuję,

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie, ul. Szpitalna 3, 88-200 Radziejów, reprezentowany przez Dyrektora Sebastiana Jankiewicza, tel. 54 285 62 00, adres e-mail: sekretariat@szpitalradziejow.pl
2. Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się w sprawach z zakresu ochrony danych osobowych: 515 291 178, iod@szptalradziejow.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach niezbędnych do realizacji zadań niezbędnych w postępowaniu konkursowym na pełnienie funkcji koordynatora Oddziału położniczo-ginekologicznego oraz udzielanie przez niego świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ginekologii SPZOZ Radziejów.
4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:
	1. zgoda, (art. 6 ust. 1 a RODO),
	2. realizacja nałożonych na Administratora obowiązków wynikających z prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione do przetwarzania na podstawie umowy powierzenia danych w w/w celu oraz podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane na podstawie przepisów szczegółowych oraz archiwizacyjnych.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli podstawa przetwarzania jest zgodna), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowy Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych lub przepisy krajowe.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji w/w celu.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

**……………………………. ……………………………………..**

Data Podpis (imię i nazwisko) Oferenta