*Załącznik nr 1 konkursu*

*Zarządzenie Dyrektora Samodzielnego Publicznego*

*Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radziejowie*

*z dnia 3 stycznia 2024 roku nr /2024*

**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. REGON ........................................
7. NIP ...............................................
8. PESEL .........................................
9. 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.
4. udzielanie lekarskich ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii w poradni położniczo- ginekologicznej \*

**\*** niepotrzebne skreślić

**III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:**

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizacje świadczeń zdrowotnych oczekuję należności:

1. ....................... zł /miesięcznie za 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,

**IV. CZAS TRWANIA UMOWY:**

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

**V. MINIMALNA LICZBA DYŻURÓW**

minimalna liczba dni w tygodniu, w których oferent będzie udzielał świadczeń w godz. 8-14 (dzienne)............................. (co najmniej 3)

minimalna liczba dni w miesiącu, w których oferent będzie udzielał świadczeń w godz 14-8 (zwykłe) lub 8-8 (świąteczne) (co najmniej 1)

**VI. ZAŁĄCZNIKI**

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dokumenty | Załączam/nie załączam | Uzupełnię do dnia |
| 1 | dyplom uczelni |  |  |
| 2 | dyplom specjalizacji |  |  |
| 3 | prawo wykonywania zawodu |  |  |
| 4 | polisa ubezpieczeniowa |  |  |
| 5 | CEIDG |  |  |
| 6 | orzeczenie lekarskie o braku przeciwskazań do wykonywania pracy w polu elektromagnetycznym |  |  |
| 7 | okresowe szkolenie bhp z uwzględnieniem narażenia na pole elektromagnetyczne |  |  |
| 8 | Badania sanitarno- epidemiologiczne |  |  |
| 9 | Księga rejestrowa podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |  |

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 2023, poz. 991).
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.
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 3 stycznia 2024 roku nr /2024*

**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 3 stycznia 2024 roku nr /2024*

**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