

## Oferta

**Składam ofertę** na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług lekarskich nad pacjentami w **oddziale otorynolaryngologicznym w tym poradni.....** (otorynolaryngologicznej, foniatrycznej, audiologicznej), wykonywanie zabiegów operacyjnych oraz pełnienie dyżurów medycznych w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

### I. Dane o ofercie:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Prawo wykonywania zawodu nr ..... wydane przez.....

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....

Nazwa działalności: .....

Adres: .....

NIP ..... REGON .....

Dane do kontaktu telefon ..... lub e-mail .....

### II. Proponowane warunki -kryterium oceny:

#### A. CENA

Ponizej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza wg harmonogramu w zł . :

#### Stawka:

- za 1 h udzielania świadczeń w godzinach 7.00.-14.35.....
- za 1 h udzielania świadczeń (dyżurów).....
- za 1 h udzielania świadczeń (dyżurów pod telefonem- gotowość) .....
- inne warunki .....
- .....
- .....

#### B. W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

•W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe.

•Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)  
.....  
.....  
.....

•W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym zakresie :

1. w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-14.35. (wymienić dni tygodnia)

.....  
2. w zakresie liczby godzin i dyżurów w miesiącu:  
.....

- w dni wolne i świąteczne ..... dyżury.
- dyżury pod telefonem w dni robocze .....dyżury
- dyżury pod telefonem w dni wolne i świąteczne ..... dyżury

W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

Okres trwania umowy 3 lata – .....

Okres trwania umowy mniej niż 3 lata, ale nie mniej niż 3 miesiące – .....

**UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

**III. Proponowany czas trwania umowy:** .....

#### **IV. Załączniki:**

1. Dyplom: lekarza, lekarza specjalisty, prawo wykonywania zawodu.
2. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
5. Orzeczenie lekarskie o braku p/wskazań do pracy, szkolenia Bhp.
6. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie.
7. Zaświadczenie odbycia kursu ochrony radiologicznej (jeśli dotyczy).
8. inne dokumenty .....

#### **V. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią projektu umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że jestem związany z oferta przez 30 dni.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie dla celów postępowania konkursowego oraz potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich

danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

7. W przypadku wyboru mojej oferty i podjęcie decyzji o zawarciu umowy:

- akceptuję fakt, iż przed zawarciem umowy Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie uzyska informację czy moje dane są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub rejestrze osób w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania danych niezbędnych do weryfikacji w ww. Rejestrze oraz do doręczania (przed zawarciem umowy) dokumentów wymaganych na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym,
- akceptuję fakt, iż podpisanie umowy i rozpoczęcie wykonywania świadczeń uzależnione jest od wypełniania obowiązków wynikających z ww. Ustawy.

#### VI. INNE:

1. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

.....  
data

.....  
podpis oferenta

**DYREKTOR**  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów  
Opieki Zdrowotnej w Staszowie

Paweł Wojtasik



