

**Zakres 1**  
**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie**  
**Patomorfologii – lekarz kierujący**

**I. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych zamieszczonym na stronie internetowej [www.szpitaljp2.krakow.pl](http://www.szpitaljp2.krakow.pl), szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń i oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na zasadach w nich określonych.
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych ze szczególną starannością, ocenianą z uwzględnieniem specyfiki zawodu lekarza, a także zasad sztuki lekarskiej, określonych w przepisach szczególnych lub wynikających z praktyki lekarskiej lub tzw. dobrej praktyki medycznej obowiązujących w chwili wykonywania danej czynności.
3. Oświadczam, że zobowiązuję się do przedstawienia Udzielającemu Zamówienia kserokopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (o ile nie została przedłożona wraz z ofertą), orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania czynności określonych w niniejszej umowie oraz certyfikatu ochrony radiologicznej pacjenta (w przypadku stwierdzenia przez inspektora ochrony radiologicznej konieczności posiadania takiego certyfikatu) w terminie najpóźniej 2 tygodni od daty zawarcia umowy.
4. Oświadczam, że Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Oferenta, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne z prawdą.

.....  
podpis oferenta

**II. KLAUZULA INFORMACYJNA (DANE OSOBOWE)**

Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) moje dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz. Urz. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.), zwanym dalej RODO,
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II z siedzibą w Krakowie, ul. Prądnicka 80, 31-102 Kraków, KRS 0000046052, NIP 6771694570, REGON: 000290073, zwany dalej Szpitalem;
- 3) Szpital wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@szpitaljp2.krakow.pl](mailto:iod@szpitaljp2.krakow.pl);
- 4) moje dane osobowe przetwarzane będą:
  - a) w celu przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych) oraz w celu zawarcia w wyniku rozstrzygnięcia konkursu umowy i jej wykonania (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),

- b) w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Szpital, tj. udokumentowania należytego wykonania umowy przez Szpital, a także rozpatrywania i dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
  - c) w celu wypełnienia ciężących na Szpitalu prawnych obowiązków, w tym obowiązku prowadzenia i archiwizowania dokumentacji (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
- 5) odbiorcami moich danych osobowych będą:
- a) podmioty, których uprawnienie do dostępu do ww. danych wynika z obowiązujących przepisów, w tym podmioty sprawujące funkcje nadzoru i kontroli nad realizacją zadań przez Szpital;
  - b) podmioty, którym Szpital powierzy przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartych umów (w tym podmioty serwisujące urządzenia Szpitala, w których przetwarzane są dane osobowe; podmioty dostarczające i utrzymujące oprogramowanie wykorzystywane przy działaniach związanych z przetwarzaniem danych osobowych);
  - c) firmy kurierskie za pośrednictwem, których prowadzona jest przez Szpital korespondencja,
  - d) podmioty świadczące usługi doradczo-kontrolne na zlecenie Szpitala (np. firmy audytorskie, certyfikujące);
  - e) ubezpieczyciele,
  - f) banki,
  - g) Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia,
- 6) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny od przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych), a w przypadku wyboru mojej oferty, także przez okres wykonywania umowy oraz okres, w którym możliwe jest dochodzenie przez strony roszczeń wynikających z zawartej umowy; moje dane osobowe będą również przechowywane przez okres wynikający z obowiązujących Szpital regulacji z zakresu archiwizowania dokumentacji;
- 7) w granicach określonych przepisami prawa, w tym w szczególności RODO, mam prawo:
- a) dostępu do treści moich danych,
  - b) do sprostowania moich danych,
  - c) do żądania ograniczenia przetwarzania moich danych,
  - d) do przenoszenia moich danych,
  - e) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych,
  - f) do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jeżeli przetwarzanie danych odbywa się wyłącznie na podstawie mojej zgody, oraz
  - g) do żądania usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym);
- 8) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 9) podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do złożenia oferty w konkursie. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w konkursie;
- 10) moje dane nie są wykorzystywane przy zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji oraz nie podlegają profilowaniu;
- 11) moje dane nie będą przekazywane do państw trzecich (tj. poza Europejski Obszar Gospodarczy) ani udostępniane organizacjom międzynarodowym.

.....  
podpis oferenta

### III. DANE OFERENTA

1. Dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą (wypełnić właściwe)

a) podmiot leczniczy (nazwa, siedziba, wpis do właściwego rejestru)

.....  
.....

b) praktyka zawodowa, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

- imię i nazwisko.....
- adres zamieszkania.....
- PESEL.....
- nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu)  
.....
- REGON.....
- NIP.....
- nr prawa wykonywania zawodu .....
- specjalizacja w zakresie.....
- nr dokumentu specjalizacji .....
- nr wpisu do rejestru praktyk.....
- OIL.....
- adres praktyki lekarskiej .....
- .....
- adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)  
.....
- telefon .....
- e-mail .....

c) osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych

- imię i nazwisko.....
- adres zamieszkania.....
- PESEL.....
- NIP.....
- nr prawa wykonywania zawodu .....
- specjalizacja w zakresie.....
- adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania)  
.....
- telefon .....

- e-mail .....

2. Proponowana **kwota brutto** za realizację zamówienia (maksymalny przewidywany wymiar świadczeń wynosi 19 000 jednostek badaniowych i ocen; szczegółowy wykaz przeliczników jednostek badaniowych i ocen dostępny w § 4 wzoru umowy):

- 1) za jedną jednostkę badaniową: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 2) za ocenę jednego odczynu immunohistochemicznego: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 3) za ocenę jednego barwienia histochemicznego: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 4) za wykonywanie sekcji zwłok wraz z wykonaniem dokumentacji: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 5) za jedną jednostkę badaniową w przypadku zleceń badań CITO i DILO: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 6) za ocenę czynnika predykcyjnego PDL1 w raku płuca i przełyku: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 7) za ocenę czynnika predykcyjnego ALK w raku płuca: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 8) za ocenę czynnika predykcyjnego HER2 w raku żołądka: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 9) za ocenę materiałów z procedur EBUS/ EUS: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych)  
za ocenę materiału (cell block) z jednej lokalizacji pobrania,
- 10) za ocenę jednego rozmazu z cytologii ginekologicznej: ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych),
- 11) za koordynację pracy Zakładu Patomorfologii: ..... **zł brutto miesięcznie** (słownie: ..... złotych).

Oświadczam, że moje doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu patomorfologii wynosi ..... lat i ..... miesięcy.

**ZAŁĄCZNIKI<sup>1, 2</sup> :**

- 1) kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich – zał. nr 1,
- 2) potwierdzenie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (np. wydruk z KRS, wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) – zał. nr 2,
- 3) kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom uzyskania specjalizacji – zał. 3a, 3b itd.;

---

<sup>1</sup> Osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji składa załączniki od 3 do 4.

W przypadku podmiotów leczniczych nie będących osobą fizyczną ponadto: indywidualne wstępne zgody lekarzy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie realizacji umowy, oświadczenia lekarzy o doświadczeniu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym (wskazanie liczby lat i miesięcy doświadczenia), pełnomocnictwo w przypadku gdy w imieniu oferenta działa pełnomocnik;

- 4) kopia polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie o przedstawieniu polisy na okres obowiązywania umowy w terminie najpóźniej 2 tygodni od daty zawarcia umowy – zał. nr 4.

.....

podpis oferenta

Oświadczam, że Udzielający Zamówienia dysponuje aktualnymi załącznikami złożonymi w toku wcześniejszego postępowania konkursowego<sup>2</sup>.

.....

podpis oferenta

---

<sup>2</sup> Oferent może nie składać wraz z ofertą tych dokumentów, którymi Udzielający Zamówienia dysponuje z uwagi na ich złożenie w toku wcześniejszego postępowania konkursowego, o ile dokumenty te pozostają aktualne.