

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu transplantologii klinicznej

I. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych zamieszczonego na stronie internetowej www.szpitaljp2.krakow.pl, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy.
2. Akceptuję ww. dokumenty, nie zgłaszam w tym zakresie żadnych zastrzeżeń i oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na zasadach w nich określonych.
3. 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.
4. 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, orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz certyfikatu ochrony radiologicznej pacjenta (w przypadku stwierdzenia przez inspektora ochrony radiologicznej konieczności posiadania takiego certyfikatu) w terminie **7 dni** od daty ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu i wyboru niniejszej oferty.
5. W przypadku wyboru niniejszej oferty, zobowiązuję się do zawarcia i podpisania umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II oraz wypełnienia i zwrócenia do Działu Spraw Pracowniczych karty obiegowej przyjęcia dla umów cywilnoprawnych z kompletem podpisów w ciągu **30 dni** od daty podpisania umowy.
6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nie podpisania przeze mnie umowy w terminie **30 dni** od ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu (po przyjęciu oferty) Udzielający Zamówienie może zobowiązać mnie do zapłaty kary w wysokości 10 000,00 złotych na wskazany przez Udzielającego Zamówienie rachunek, na co wyrażam zgodę.
7. 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.
8. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne z prawdą.
9. Oświadczam, że na potrzeby realizacji przedmiotu zamówienia oddaję do dyspozycji Udzielającemu Zamówienia równowartość etatu w rozumieniu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia, przy czym wskazany wymiar nie obejmuje godzin dyżurów medycznych.

.....
czytelny 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, 31-202 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;
- 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.

.....
czytelny podpis oferenta

III. DANE OFERENTA

1. Dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą

- imię i nazwisko/nazwa
.....
- adres praktyki/adres siedziby
.....
.....
- PESEL
- REGON.....
- NIP.....
- nr prawa wykonywania zawodu
- specjalizacja w zakresie.....
- nr dokumentu specjalizacji
- nr wpisu do rejestru praktyk.....
- OIL
- adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/siedziby)
.....
.....
- nr telefonu kontaktowego.....

- adres e-mail

2. Proponowana kwota brutto za rzeczywisty zakres realizacji zamówienia: ryczałtowe wynagrodzenie w wysokości zł brutto miesięcznie
(słownie: złotych).

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

ZAŁĄCZNIKI¹:

- 1) kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (np. wpis do KRS, wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) - załącznik nr 1,
- 2) kserokopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich - załącznik nr 2;
- 3) kserokopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji – załącznik nr 3a, 3b itd.;
W przypadku podmiotów leczniczych niebędących 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) kserokopie dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie o przedstawieniu polisy na okres obowiązywania umowy w terminie 7 dni od daty ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu – załącznik nr 4,
- 5) oświadczenie o posiadaniu aktualnych badań lekarskich i orzeczenia sanitarno-epidemiologicznego – załącznik nr 5.

.....
czytelny podpis oferenta

Oświadczam, że Udzielający Zamówienia dysponuje aktualnymi załącznikami złożonymi w toku wcześniejszego postępowania konkursowego.

.....
czytelny podpis oferenta

¹ 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.