

OFERTA z dnia

**NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ EEG
UDZIELANYCH NA RZECZ PACJENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM ZDROWIA
SP. Z O.O. W OTWOCKU**

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa:

.....
.....

2. Adres (oraz adres do korespondencji jeśli jest inny):

.....
.....

3. Organ rejestrujący podmiot wykonujący działalność gospodarczą (KRS / CEiDG):

.....
.....

4. NIP

5. PESEL

6. REGON

7. RPWDL

8. Osoba do kontaktu w sprawie oferty: imię i nazwisko, numer telefonu oraz mail:

.....

II. WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1. Pełna nazwa podmiotu oraz adres miejsca udzielania świadczeń:

.....
.....

2. Numer telefonu, na który pacjenci mogą dokonać zgłoszenia skierowania i umówić wizytę - badanie

EEG:

3. Czy Oferent deklaruje możliwość udzielania świadczeń w lokalizacji Udzielającego Zamówienia?

Tak / Nie (zaznaczyć odpowiednie)

4. Czas wykonania badania: mniej niż 5 dni / więcej niż 5 dni. (zaznaczyć odpowiednie)

5. Terminarz udzielania świadczeń medycznych:

a) Poniedziałek: od godziny do godziny

b) Wtorek: od godziny do godziny

c) Środa: od godziny do godziny

d) Czwartek: od godziny do godziny

e) Piątek: od godziny do godziny

III. OFERTA WARUNKÓW CENOWYCH

Oferent oferuje następujące warunki cenowe:

Lp.	Określenie badania	Szacunkowa roczna liczba badań	Jednostkowa cena brutto zł	Wartość oferty zł
1	Badanie EEG osoba dorosła	200		
Całkowita wartość oferty (zł):				

IV. OFERTA ZASOBÓW OSOBOWYCH

Oświadczam, że osobami realizującymi przedmiot postępowania będą:

Lp.	Imię i Nazwisko	Numer PWZ*	Specjalizacja / Kwalifikacje zawodowe**
1			
2			
3			
4			
5			

* jeżeli dotyczy

** specjalizacja lekarska lub kwalifikacje innego personelu wykonującego badania, np. technik

V. OFERTA WARUNKÓW SPRZĘTOWYCH

Oświadczam, że do wykonywania badań EEG zostanie wykorzystany następujący sprzęt / aparatura medyczna:

Lp.	Rodzaj sprzętu / aparatury medycznej (nazwa, typ)	Rok produkcji	Badania, do których sprzęt ma zastosowanie***
1			
2			
3			

*** Proszę wskazać do wykonania, których badań z części III. OFERTA WARUNKÓW CENOWYCH, z pozycji 1-5, wskazany sprzęt ma zastosowanie

VI. OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu, a także nie jestem ograniczony/a w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadaną specjalizacją.
4. Personel zgłoszony do wykonywania zamówienia nie jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu, a także nie jest ograniczony w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych.
5. Sprzęt i aparatura wskazana w punkcie V. OFERTA WARUNKÓW SPRZĘTOWYCH posiada wszelkie wymagane atesty i pozwolenia, a wszelkie przeglądy i konserwacja są wykonywane na warunkach zapewniających utrzymanie sprzętu w jakości umożliwiającej właściwe wykonywanie badań.
6. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, jak również zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami prawnymi, w tym z zachowaniem przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych i BHP.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
9. Przy wykonywaniu świadczeń w miejscu pozostającym pod zarządem Udzielającego Zamówienia zobowiązuje się do użytkowania otrzymanych pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, materiałów medycznych, preparatów diagnostycznych oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielania świadczenia zdrowotnego w sposób zgodny z prawem i zasadami używania tego sprzętu i urządzeń.
10. Posiadam polisę ubezpieczenia OC prowadzonej przeze mnie działalności leczniczej oraz zobowiązuję się do kontynuowania tego ubezpieczenia i niezwłocznego przedkładania uwierzytelnionej kserokopii polisy ubezpieczenia OC Udzielającemu zamówienia.
11. Zobowiązuje się do poddania kontroli przez Oddział Wojewódzki NFZ oraz Udzielającego zamówienia w zakresie wynikającym z realizacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia.

12. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

13. Akceptuję wymagania Udzielającego zamówienia.

14. Zobowiązuję się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienie dokumentów potwierdzających dane umieszczone w formularzu oferty i SWKO.

VII. ZAŁĄCZNIKI:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub wydruk księgi rejestrowej w odniesieniu do oferenta i do miejsca wykonywania świadczeń wskazanego w punkcie II.1 formularza ofertowego.
2. Potwierdzenie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność gospodarczą (KRS lub CEIDG)
3. Aktualna polisa ubezpieczeniowa, zgodna z obowiązującymi przepisami.

.....
Data i podpis oferenta

*w przypadku podmiotów leczniczych zatrudniających lekarzy, należy przedstawić dokumenty tych lekarzy, którzy będą świadczyć usługi pacjentom Udzielającego zamówienia.

Klauzula informacyjna podawana w przypadku zbierania danych od wykonawców lub zleceniobiorców

(w tym również konkursy organizowane na podstawie art. 26 i 26a ustawy o działalności leczniczej)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych Wykonawców lub Zleceniobiorców jest Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w restrukturyzacji, adres: ul. Batorego 44, 05-400 Otwock;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@pcz-otwock.pl;
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy.
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 7) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.

- 8) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy.
- 10) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.