

## OFERTA

### na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ we Wrocławiu

**1. Oferowane świadczenia w zakresie/ kwalifikacje przyjmującego zamówienie:**

.....  
.....

( wpisać zakres oraz kwalifikacje zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

**2. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń :**

.....  
.....

( wpisać lokalizację zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

**3. Pełna nazwa Oferenta :**

.....  
.....  
.....

☐ prowadzący działalność gospodarczą      ☐ nie prowadzący działalności gospodarczej  
( we właściwym okienku wpisać znak X )

**4. Numer wpisu do właściwego rejestru –jeśli oferent posiada:**

.....  
.....

**5. Regon –jeśli oferent posiada:** .....

**6. NIP –jeśli oferent posiada:** .....

**7. Bank:**.....

**8. Nr rachunku bankowego:**.....

**9. Adres prowadzonej działalności gospodarczej –jeśli oferent posiada**

.....  
.....

**10. Adres do korespondencji:**

.....  
.....

**11. Telefon:** ..... **Fax:** ..... **Adres mailowy** .....

**12. Nr prawa wykonywania zawodu** ..... **data jego uzyskania**

.....

**13. PESEL** .....

**14. Kwalifikacje zawodowe** (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, (w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia), dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):

.....  
.....  
.....  
.....

**15. Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**16. Oferowana dostępność:**

**a) do świadczeń realizowanych w ramach zawartej przez Udzielającego zamówienie z NFZ:**

- Poniedziałek godz. od ... do .....
- Wtorek godz. od..... do.....
- Środa godz. od..... do.....
- Czwartek godz. od..... do.....
- Piątek godz. od..... do.....

**Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu:** .....

**b) do świadczeń realizowanych w ramach realizowanej przez Udzielającego zamówienie odpłatnej działalności leczniczej**

- Poniedziałek godz. od..... do.....
- Wtorek godz. od..... do.....
- Środa godz. od..... do.....
- Czwartek godz. od..... do.....
- Piątek godz. od..... do.....

**Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu:** .....

**17.1.a.** Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym i uprawnionym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w ramach i na zasadach umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Oddziałem NFZ.

Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia za jedną godzinę w kwocie ..... brutto, (słownie .....(.brutto)

**17.2.** Oferuję ☐; Nie oferuję ☐; udzielania świadczeń zdrowotnych usługobiorcom w ramach prowadzonej przez Udzielającego zamówienie odpłatnej działalności leczniczej na podstawie art. 55 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018r. poz. 2190,z póź. zm.) z zastrzeżeniem przepisów odrębnych które stanowią inaczej.

( \* we właściwym okienku wpisać znak X )

W przypadku zaznaczenia X w polu „oferuję”-

Oczekuję wynagrodzenia :

- za jedno świadczenie.....  
(nazwa świadczenia)  
w wysokości .....zł brutto  
(słownie .....zł brutto)

-za jedno świadczenie.....  
(nazwa świadczenia)  
w wysokości .....zł brutto  
(słownie .....zł brutto)

-za jedno świadczenie.....  
(nazwa świadczenia)  
w wysokości .....zł brutto  
(słownie .....zł brutto)

**18.** Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

## Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

☐ administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ z siedzibą przy ul. Podróźnicznej 26/28, 53-208 Wrocław, którego przedstawicielem jest Dyrektor.

☐ Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować pod adresem e-mail: [iod@spzoz.wroc.pl](mailto:iod@spzoz.wroc.pl), tel. 71 391 17 53

☐ Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

☐ informacja o wyniku postępowania zostanie udostępniona na stronie internetowej [www.spzoz.wroc.pl](http://www.spzoz.wroc.pl)

☐ Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia,

☐ obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem udziału w zapytaniu ofertowym

☐ w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

☐ posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*\*;
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

☐ nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.”

**Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną**

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

\*\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania

o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

\*\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

## OŚWIADCZENIE OFERENTA \*

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

\* Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą.