

.....  
(Pieczęć oferenta)

**FORMULARZ OFERTY**

Imię .....

Nazwisko.....

PESEL .....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji i rok) .....

.....

Nr dokumentu specjalizacji .....

Firma przedsiębiorcy .....

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

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej .....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki) .....

.....

Telefon ..... email: .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis oferenta)

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Dyrektora Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ozorkowie na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

1. Składam ofertę na **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze miasta Ozorków, gminy Ozorków i gminy Parzęczew realizowanych w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8<sup>00</sup> dnia danego do 8<sup>00</sup> dnia następnego w warunkach ambulatoryjnych (miejsce udzielania świadczeń : Ozorków ul. spokojna 10 ), oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.**
2. Oferuję następujące stawki za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Świadczenie	Stawka brutto
Dyżur w godzinach od 8 <sup>00</sup> dnia danego do 8 <sup>00</sup> dnia następnego w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy	..... zł/godz.

3. Deklaruję pełnienie dyżurów zgodnie z comiesięcznym harmonogramem.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis oferenta)

.....  
(Pieczęć oferenta)

**W załączeniu do oferty przedkładam:**

1. Kopię/wydruk dokumentu stwierdzającego wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską i kopię/wydruk aktualnego zaświadczenia o wpisie do działalności gospodarczej wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplom posiadanych specjalizacji i stopni naukowych, certyfikaty/zaświadczenia o posiadanych umiejętnościach i kompetencjach, itp.
3. Umowę ubezpieczenia lub oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia takiej umowy ubezpieczenia, najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej u Udzielającego zamówienia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r.
4. kserokopię aktualnego orzeczenia lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis oferenta)

.....  
(Pieczęć oferenta)

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert opublikowanych przez Miejską Przychodnię Zdrowia w Ozorkowie ul. Wigury 1 dotyczącego konkursu w zakresie stanowiącym przedmiot oferty.
2. Zapoznałam/em się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Pozostanę związana/ny ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Umowę będę realizować zgodnie z obowiązującymi przepisami Narodowego Funduszu Zdrowia.
6. Nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu ani ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza/lekarza dentystry i pielęgniarki lub przepisów o izbach lekarskich/pielęgniarskich.
7. Nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.
8. **Nie jestem/jestem\* pracownikiem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej – Curie w Zgierzu.**
9. Zostałam/em poinformowana/y, że:
  - a) Administratorem danych osobowych przekazanych w ofercie jest Miejska Przychodnia Zdrowia w Ozorkowie ul. Wigury 1, (zwana dalej Przychodnią );
  - b) Moje dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez Przychodnię w celu podpisania oraz realizacji umowy (art. 6 ust. 1 lit. b *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*);
  - c) Dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do rozstrzygnięcia konkursu oraz ewentualnych postępowań odwoławczych, a w razie wybrania oferty - przez czas niezbędny do realizacji umowy oraz ewentualnego dochodzenia roszczeń z niej wynikłych;
  - d) Mam prawo do dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także do przenoszenia danych;
  - e) Przysługuje mi skarga do organu nadrzędnego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
  - f) Podanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia i wykonania umowy;
  - g) Udzielający zamówienia ma prawo do treści tych danych oraz żądania ich poprawiania i dane te mogą być udostępnione na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....  
(miejsowość, data)

\* **właściwe podkreślić**

.....  
(podpis oferenta)

.....  
Pieczęć oferenta

**Zobowiązuję się:**

1. do udzielania świadczeń, z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
2. do udzielania świadczeń zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i harmonogramem udzielania świadczeń ;
3. do zawarcia umowy w ciągu 14 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku;
4. do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym ogłaszający postępowanie konkursowe podpisał umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
5. ujawnienia w księdze rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiedniego wpisu praktyki zawodowej na podstawie umowy z tym podmiotem – w przypadku działalności leczniczej wykonywanej w formie praktyki zawodowej.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis oferenta)