

Formularz ofertowy
dotyczący umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, które ukazało się

.....
oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i je akceptuję.

W przypadku uznania mojej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do szczegółowych warunków konkursu ofert.

Dane o ofercie

1).....

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

(Nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)

2).....

.....
(numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

3) Nr REGON, Nr NIP, Nr telefonu

1. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem oraz posiadam odpowiednie kwalifikacje do wykonania zamówienia.

Wskazanie kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych

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

3. Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych proponuję należność (cenę brutto):

- za 1 godzinę wykonania świadczeń zdrowotnychzł,

(słownie:.....zł)

4. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia, w Izbie Przyjęć oraz oddziałach.
5. Oferuję zawarcie umowy od dnia 01 września 2025r. na czas udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, tj. na czas posiadania przez Udzielającego zamówienia kontraktów z NFZ, do których realizacji w/w usługi są niezbędne.
6. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń lekarskich w Izbie Przyjęć, w godzinach od 7⁰⁰ do 14³⁵, w dniach roboczych, według harmonogramu ustalonego na każdy miesiąc przez Udzielającego zamówienia.

7. Zobowiązuję się do pełnienia dyżuru lekarskiego w Izbie Przyjęć oraz oddziałach szpitalnych w ilości co najmniej jednego dyżuru w miesiącu, według harmonogramu ustalonego na każdy miesiąc przez Udzielającego zamówienia.

Data

.....

Podpis i pieczęć oferenta

Klauzula informacyjna

Informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Wielkopolskie Centrum Neuropsychiatryczne** im. Oskara Bielawskiego z siedzibą 64-000 Kościan, Plac Paderewskiego 1a, zwany dalej Administratorem;
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
3. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest proces przeprowadzenia konkursu ofert,
4. Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia konkursu ofert oraz ewentualnego zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,
5. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
6. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas trwania konkursu na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, nie dłużej niż przez okres 5 lat od daty zakończenia postępowania konkursowego oraz w wypadku wygranego konkursu przez czas trwania umowy i czas wymagany przez przepisy prawa.