

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).....

.....
.....
(Imię i nazwisko oraz adres osoby posiadającej fachowe kwalifikacje do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych)

2)

.....
(nazwa jednoosobowej działalności gospodarczej)

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 osoby 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 oddziałach leczenia uzależnień.
5. Oferuję zawarcie umowy od dnia 17 czerwca 2024r. 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 zdrowotnych w dniach roboczych i godzinach:
- od poniedziałku do środy, w godzinach od 8³⁵ do 20³⁵
- czwartek, w godzinach od 8³⁵ do 12³⁵

Data

.....
Podpis i pieczęć oferenta

Klauzula informacyjna

Informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Wielkopolskie Centrum Neuropsychiatryczne** im. Oskara Bielańskiego 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.