

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej,
07-300 Ostrów Mazowiecka, ul. Duboisa 68

OGÓLNE DANE O OFERENCIE

1. NAZWA OFERENTA / IMIĘ I NAZWISKO OFERENTA *

.....

2. REPREZENTOWANY/A PRZEZ:

3. MIEJSCOWOŚĆ

4. KOD POCZTOWY

5. SIEDZIBA - ULICA, NUMER DOMU

6. REGON.....

7. NIP.....

8. TELEFON

9. FAX

10. ADRES E-MAIL

11. NAZWA BANKU

12. NUMER KONTA

13. ORGAN DOKONUJĄCY WPISU I NUMER WPISU DO REJESTRU:

EWIDENCJI GOSPODARCZEJ:

.....

PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

.....

.....
miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

O Ś W I A D C Z E N I E O F E R E N T A

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am* się z treścią ogłoszenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 2) zapoznałem/am* się i akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu;
- 3) zapoznałem/am* się i akceptuję wzór umowy wraz z załącznikami;
- 4) będę wykonywał/a* świadczenia objęte umową zawartą pomiędzy Udzielającym Zamówienia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury medycznej będących własnością Przyjmującego Zamówienie;
- 5) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczenia opieki zdrowotnej;
- 6) informacje przedstawione w ofercie i niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

.....
miejsowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

* Niepotrzebne skreślić

ZASADY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Umowy.

.....
miejsowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

OFERTA CENOWA

Lp.	Rodzaj badania	Szacunkowa roczna liczba badań	Cena jednostkowa brutto w zł	Wartość brutto badań w zł
1	Badanie urodynamiczne	30		
2	USG Stawów (barkowych, łokciowych, rąk i stóp, kolanowych, biodrowych)	10		
3	Badania EEG dla pacjentów hospitalizowanych	10		
Ogółem wartość brutto				

.....
miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

Załącznik Nr 4 do Formularza Oferty

KWALIFIKACJE OSÓB PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE

Lp.	Imię i nazwisko	Zawód	PWZ	Rodzaj wykonywanego badania będącego przedmiotem zamówienia

.....
miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

Załącznik Nr 5 do Formularza Oferty

**WYKAZ KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH
realizujących nw. świadczenia/badania diagnostyczne
z danymi kontaktowymi oraz sposobem rejestracji i przyjęć**

Lp.	Rodzaj badania	Dane kontaktowe w celu rejestracji na badania	Liczba dni oczekiwania na wykonywanie badania	Odległość placówki wykonującej badanie od zlecającego wyrażoną w km
1	Badanie urodynamiczne			Nie dotyczy
2	USG Stawów			Nie dotyczy
3	Badania EEG dla pacjentów hospitalizowanych		Nie dotyczy	

.....
miejscowość, data

.....
(podpis składającego ofertę)

Klauzula informacyjna dla oferenta

SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Dubois 68, 07-300 Ostrów Mazowiecka, realizując obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 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, s. 1) – zwanego dalej „RODO” – informuje, że:

Administratorem Państwa danych osobowych (ADO) jest SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, ul. Dubois 68, 07-300 Ostrów Mazowiecka. Z ADO można kontaktować się pisemnie na ww. adres, mailowo: sekretariat@szpitalostrowmaz.pl, oraz telefonicznie przez nr centrali: 29 746 37 11.

W SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej wyznaczono Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych osobiście, pisemnie, mailowo: iod@szpitalostrowmaz.pl, oraz telefonicznie przez nr centrali.

1. Państwa dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia konkursu i wyłonienia oferenta w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a następnie zawarcia i realizacji umowy z wybranym podmiotem.
2. Podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.), ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1610) oraz art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
3. Państwa dane w ramach przeprowadzenia i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie są udostępniane innym podmiotom.
4. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich, organizacji międzynarodowych, będą natomiast oceniane pod kątem najbardziej odpowiednich w kontekście wyłonienia najkorzystniejszej oferty i przyszłego udzielania świadczeń.
5. Dane zawarte w ofertach będą przechowywane przez okres 10 lat od zakończenia postępowania konkursowego.
6. Mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia w zakresie dozwolonym prawem, oraz ograniczenia przetwarzania.
7. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji przetwarzania danych niezgodnie z przepisami w zakresie ochrony danych osobowych.
8. Podanie danych wskazanych w formularzu oferty jest dobrowolne, jednak jest warunkiem rozpatrzenia oferty w konkursie. Niepodanie danych skutkuje odrzuceniem oferty.

Z powyższą klauzulą zapoznałam/em się i zrozumiałam/em jej treść.

.....

data

.....

(czytelny podpis)

Załącznik Nr 7 do Formularza Oferty

Miesięczny raport statystyczny stanowiący załącznik do faktury (papierowy i elektroniczny)

[illegible]

.....

miejsowość, data

.....

(podpis składającego ofertę)