

**FORMULARZ OFERTOWY**  
Spr. nr DAT 63/12//2020

**1. Dane przyjmującego zamówienie**

**A. Podmiot leczniczy\***

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....  
.....

Nr wpisu do rejestru .....

nr KRS.....

Pełnomocnik .....

kontakt .....

**B. Praktyka zawodowa\***

Imię i nazwisko .....

telefon.....

e-mail .....

adres:.....

PESEL .....

NIP .....

REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja (nazwa, stopień i data  
uzyskania) .....

**2. Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**1) Pakiet I –**

Rezonans magnetyczny cena za badanie ..... zł brutto.,

**2) Pakiet VIII –**

Tomografia komputerowa cena za badanie ..... zł brutto..

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w następujące dni, w godzinach i w lokalizacji:

poniedziałek w godz. ....;

wtorek w godz. ....;

środa w godz. ....;

czwartek w godz. ....;

piątek w godz. ....

Dołączam harmonogram wykonywania oferowanych badań:

**3. Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia ..... do dnia .....

**4. Oświadczenia**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami postępowania w sprawie

zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis przyjmującego zamówienie*

Oświadczam, że zapoznałem się z poniższymi informacjami:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota (dalej jako SZPZLO) z siedzibą w Warszawie 02 – 353, przy ul. Szczęśliwickiej 36, adres e-mail: sekretariat@szpzlo-ochota.pl,
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych SZPZLO jest możliwy pod adresem:
  - SZPZLO Warszawa – Ochota, ul. Szczęśliwicka 36, 02 – 353 Warszawa,
  - e-mail: [iod@szpzlo-ochota.pl](mailto:iod@szpzlo-ochota.pl),
- 3) dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c 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 (dalej jako „RODO”), tj. przepisów ustawy o działalności leczniczej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, w przypadku Oferenta, z którym zostanie zawarta umowa, podstawę przetwarzania danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zawartej umowy,
- 4) odbiorcami danych będą inne podmioty, które złożyły ofertę w ramach niniejszego konkursu oraz podmioty świadczące SZPZLO usługi w zakresie IT,
- 5) dane osobowe będą przetwarzane przez 4 lata, a w przypadku zawarcia umowy przez czas jej trwania, a także przez okres przedawnienia roszczeń z niej wynikających,
- 6) osobie, której dane dotyczą przysługuje:
  - prawa dostępu do danych osobowych jej dotyczących,
  - prawa do sprostowania danych osobowych,
  - prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- 7) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do udziału w postępowaniu konkursowym.

.....  
*podpis przyjmującego zamówienie*

#### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\*:**

- 1) prawidłowo wypełniony formularz ofertowy;
- 2) oświadczenie, że oferent zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków postępowania w sprawie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- 3) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- 4) potwierdzenie aktualnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS;
- 5) wypis z rejestru prowadzonego przez wojewodę lub Ministra Zdrowia, lub okręgową radę lekarską właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza, lub okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę lub wypis z Krajowego Rejestru Diagnostów Laboratoryjnych (jeżeli dotyczy);
- 6) umowę lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia, dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu Przyjmujący zamówienie

przedkłada najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy;

- 7) informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych i numerem prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
- 8) wypis z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich (jeżeli dotyczy);
- 9) dyplom lekarza lub technika (jeżeli dotyczy);
- 10) oświadczenie o spełnieniu standardów jakościowych określonych w obowiązujących przepisach (jeżeli dotyczy);
- 11) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje z godnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357);
- 12) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje – dyplom i zaświadczenia o odbytych kursach kwalifikacyjnych zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 658) – (jeżeli dotyczy).

\* niepotrzebne skreślić

Z-...  
Samodzielnego Zespołu Publicznych  
Zakładów Lecznictwa Stomatologicznego  
Warszawa - Ochota  
Dr n. med. Andrzej Barcik

KIEROWNIK  
Działu Administracyjno - Technicznego  
SZPZLO Warszawa - Ochota

*[Signature]*  
Kinga Lila