Załącznik nr 1 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert" na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Łódź, dnia.....

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 91-153 Łódź

O F E R TA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat (umowa kontraktowa)/2 lat (umowa zlecenia) w rodzaju CPV 85121200-5 Specjalistyczne Usługi Medyczne w zakresie całodobowej opieki lekarskiej w dni powszednie i świąteczne w Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

A. **<u>Wypełnia Oferent prowadzący działalność gospodarczą</u>**

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Zawód	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)	
Nr dokumentu specjalizacji	
Numer księgi rejestrowej	
Firma przedsiębiorcy	
NIP	
REGON	
Adres praktyki lekarskiej	
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)	
Telefon	

Oświadczam, że zarówno w dniu złożenia oferty, jak i w dniu zawarcia umowy pozostaję / nie pozostaję w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia. ☐ pozostaję ☐ nie pozostaję

B. <u>Wypełnia Oferent będący osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, nieprowadzący działalności gospodarczej]</u>

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Zawód	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)	
Nr dokumentu specjalizacji	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)	
Telefon	
Urząd Skarbowy właściwy dla Oferenta	
Numer rachunku bankowego	

Oświadczam, że zarówno w dniu złożenia oferty, jak i w dniu zawarcia umowy pozostaję / nie pozostaję w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia.	☐ pozostaję ☐ nie pozostaję
Oświadczam, że posiadam inny tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.	☐ TAK ☐ NIE
Oświadczam, że składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne odprowadzane są przez innego płatnika składek.	☐ TAK ☐ NIE
Oświadczam, że podlegam dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.	☐ TAK ☐ NIE

<u>Oferent zobowiązany jest do bieżącej aktualizacji powyższych danych w okresie trwania umowy.</u>

Przedmiotem niniejszej oferty jest **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy na okres 3 lat (umowa kontraktowa)/2 lat (umowa zlecenia) w rodzaju CPV 85121200-5 Specjalistyczne Usługi Medyczne w zakresie całodobowej opieki lekarskiej w dni powszednie i świąteczne w Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

Oferent proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

Zakres świadczenia	Stawka brutto	Słownie
Jedna godzina udzielania świadczeń w dni powszednie w Oddziale	..... zł	.....
1 konsultacja lekarska dla pacjentów innych szpitali na terenie USK1	..... zł	.....
1 konsultacja lekarska dla pacjentów innych szpitali poza terenem Szpitala	..... zł	.....
Jedna godzina udzielania świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w soboty w Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego	..... zł	.....
wykonywania zabiegów termolezji (poza godzinami udzielania świadczeń)- 1 zabieg	..... zł	.....
wykonywanie blokad stawów krzyżowo-biodrowych (poza godzinami udzielania świadczeń)- 1 zabieg	..... zł	.....

Oferent wypełnia tylko te punkty, na które zakresy składa ofertę. Niewpisanie stawki w danym punkcie będzie uznane jako niezłożenie oferty przez oferenta w tym zakresie.

Oświadczenie	Potwierdzenie
Oferent przyjmuje do wiadomości, że w przypadku obciążenia Udzielającego Zamówienia dodatkowymi kosztami publicznoprawnymi związanymi z realizacją umowy, w szczególności składkami ZUS i składką zdrowotną, cena ofertowa podlega odpowiedniemu zwiększeniu o wartość tych obciążeń.	☐ **Potwierdzam**

Podpis Oferenta:

……

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

- ✓ Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" i nie wnosi do nich zastrzeżeń.
- ✓ Zapoznał się z warunkami umowy określonymi w Załączniku nr 2a albo 2b do „Szczegółowych warunków konkursu ofert" i akceptuje je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. W przypadku uchylania się od podpisania przez wybranego Oferenta umowy, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia, może to stanowić podstawę do wykluczenia od udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienie.
- ✓ Uważa się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- ✓ Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- ✓ Zapoznał się z Regulaminem Przeprowadzania Konkursu obowiązującym u Udzielającego Zamówienie.
- ✓ Świadczenia zdrowotne objęte konkursem wykonywać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.
- ✓ A. Prowadzi Indywidualną Praktykę zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych praktyk ……zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.*
  B. Jest osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem, nieprowadzącą działalności gospodarczej.*
- ✓ Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie osobiście.
- ✓ Zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami etyki zawodowej.
- ✓ Zgodnie z jego wiedzą nie zostało wszczęte ani nie toczy się przeciwko niemu w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie prawa do wykonywania zawodu ani nie został on w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
- ✓ A. W przypadku Oferenta prowadzącego działalność gospodarczą albo wykonującego działalność leczniczą – posiada aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) wymagane obowiązującymi przepisami prawa, obejmujące świadczenia objęte konkursem.*W przypadku Oferenta będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą: posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ……. zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i/lub Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.*
  B. W przypadku Oferenta będącego osobą nieprowadzącą działalności gospodarczej: posiada lub zobowiązuje się do zawarcia najpóźniej przed dniem rozpoczęcia wykonywania świadczeń zdrowotnych dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem zawodu lekarza, obejmującego szkody mogące powstać w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.*
- ✓ Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy.
- ✓ Posiada wymagane przepisami prawa szczepienia ochronne oraz aktualne orzeczenia i badania wymagane do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
- ✓ Został poinformowany o obowiązkach wynikających z art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2026 r., poz. 110 z późn. zm.).
- ✓ Przyjmuje do wiadomości, że jego dane osobowe będą przetwarzane przez Udzielającego Zamówienia w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz realizacji umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Podpis Oferenta:

..……..

*niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA**:

A. Dla indywidualnej praktyki/działalności
1. Prawo wykonywania zawodu,
2. Dyplom
   ……...,
3. Kopie dokumentów dotyczących specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych,
4. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, wymaganego stażu pracy.
5. Oświadczenie oferenta o obowiązku przedłożenia zaświadczenia o niekaralności z KRK przed podpisaniem umowy
6. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, będących przedmiotem niniejszego postępowania.

7. Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/indywidualnych specjalistycznych praktyk,
8. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
9. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
10. Zaświadczenie o wpisie do KRS,
11. Kopia polisy OC,
12. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert", o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

B. Dla Oferenta bez działalności gospodarczej:
   1. Prawo wykonywania zawodu
   2. Dyplom …….
   3. Kopie dokumentów dotyczących specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych,
   4. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, wymaganego stażu pracy.
   5. Oświadczenie oferenta o obowiązku przedłożenia zaświadczenia o niekaralności z KRK przed podpisaniem umowy
   6. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności, będących przedmiotem niniejszego postępowania.

**- skreślić jeżeli nie dotyczy.

Podpis Oferenta:

……..

……
……
……
Pełna nazwa Oferenta/osoby udzielającej świadczeń

…….....…….....
Miejscowość i data

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 91-153 Łódź

OŚWIADCZENIE OFERENTA/OSOBY UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia informacji/ zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, o którym mowa w art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich najpóźniej do dnia podpisania umowy.*

……
data, pieczątka i podpis Oferenta
/osoby udzielającej świadczeń

** obowiązek wynika z ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (tzw. Ustawa Kamilka0*

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych
przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Klinicznym nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi

Na podstawie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Klinicznym nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi ul Kopcińskiego 22 zamieszcza informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osób zaangażowanych w realizację niniejszej umowy:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Kopcińskiego 22 posiadającym: REGON: 000288774, NIP: 7251019093, KRS 0000021295.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Dane e-mail: iod@barlicki.pl.
3. Administrator przetwarza dane osobowe w celu przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ewentualnie podjęcia działań przez zawarciem umowy oraz realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) i e) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Osoby, których dane dotyczą mają prawo do dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem) w granicach określonych przepisami prawa.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, z tym że podanie danych osobowych stanowi warunek umożliwiający realizację/dopuszczenie do postępowania konkursowego.
7. Administrator przetwarza dane osobowe w okresie koniecznym do organizacji i rozstrzygnięcia postępowania, w tym przez czas konieczny do udokumentowania czynności z udziałem osoby zaangażowanej w jej realizację. W sytuacjach gdy będzie to niezbędne dla celów dowodowych lub wynika z przepisów prawa w/w dane osobowe mogą być przechowywane także do czasu przedawnienia roszczeń lub zakończenia postępowania sądowego związanego z postępowaniem konkursowym.
8. Osoby, których dane dotyczą mają prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora, przy czym prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
9. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe.

…….
podpis