

na udzielanie stacjonarnych usług medycznych w dziedzinie chorób wewnętrznych  
przez Ordynatora Oddziału Wewnętrznego dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.

### OFERTA

**na udzielanie stacjonarnych usług medycznych w dziedzinie chorób wewnętrznych przez Ordynatora  
Oddziału Wewnętrznego dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.**

#### 1. Dane Oferenta:

##### A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego .....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych ..... nr KRS .....

NIP ..... REGON .....

Pełnomocnik ..... kontakt tel. ....

e-mail .....

Nr polisy ubezpieczeniowej .....

okres obowiązywania polisy .....

##### B. Oferta indywidualna – indywidualna działalność gospodarcza

Imię i nazwisko .....

adres: kod ..... miejscowość .....

ulica ..... nr .....

PESEL ..... NIP ..... REGON .....

Nazwa praktyki lekarskiej .....

Nr telefonu .....

Adres e- mail .....

Nr polisy ubezpieczeniowej .....

okres obowiązywania polisy .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Staż pracy jako lekarz w leczeniu szpitalnym .....

Kwalifikacje zawodowe:

Specjalizacja:

w zakresie: .....

.....

W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą zatrudniającego personel lekarski dane dotyczące kwalifikacji zawodowych należy ująć w załączniku nr 3 do SWKO wg powyższego schematu.

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie stacjonarnych usług medycznych w dziedzinie chorób wewnętrznych przez Ordynatora Oddziału Wewnętrznego, zgodnie z wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

**Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z treścią „Procedury zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony sygnalistów” obowiązującą w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku Sp. z o.o., umieszczoną na stronie internetowej Szpitala pod adresem: <https://szpital.wyrzysk.pl/procedura-zgloszen-sygnalistow/>
3. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielane będą w siedzibie Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 15:35, nie mniej niż cztery razy w tygodniu, zgodnie z ustalonym comiesięcznym harmonogramem świadczenia usług.
4. Będzie wykonywał świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem konkursu według zaoferowanej ceny.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zapewni ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy.
6. Posiada aktualne badania profilaktyczne o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu, badania sanitarno – epidemiologiczne oraz aktualne badanie bhp i ppoż. oraz zapewni ciągłość ww. w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopie aktualnych dokumentów.
7. Posiada wpis we właściwym Rejestrze podmiotów leczniczych.
8. Korzysta z pełni praw publicznych i nie jest karany za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe) oraz za przestępstwa na tle seksualnym wobec małoletnich.
9. Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia objętego przedmiotem konkursu na dzień złożenia oferty.
10. Spełnia warunki określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799 z późn. zm.).
11. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia z tytułu udzielania stacjonarnych usług medycznych w dziedzinie chorób wewnętrznych przez Ordynatora Oddziału Wewnętrznego dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o. **stawka ..... zł brutto miesięcznie (słownie zł: .....)** **za udzielanie świadczeń objętych konkursem.**
12. Wyraża zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego.

13. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Załączniki:**

1. Kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Wydruk z CEIDG.
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu oraz innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje (np. dyplomu specjalizacji itp., zgodnie z SWKO).
4. Dokument potwierdzający staż pracy w leczeniu szpitalnym.
5. Orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy wystawione przez lekarza medycyny pracy.
6. Zaświadczenie o szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
7. Oświadczenie o niekaralności z kartoteki karnej oraz kartoteki nieletnich.
8. Kopia polisy OC.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopię tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzona podpisem Oferenta i pieczętą Oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej.**

.....  
podpis i pieczęć oferenta

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Wyrzysku Spółka z o.o.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych tel.: 67 210 98 67 e-mail: [iodo@szpitalwyrzysk.pl](mailto:iodo@szpitalwyrzysk.pl)

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

**Oświadczenie  
o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat**

Ja, niżej popisana/-y .....

numer PESEL .....

oświadczam, że:

\* nie zamieszkiwałam/-em w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

\* zamieszkiwałam/-em w okresie ostatnich 20 lat w następujących państwach, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

1. ....

2. ....

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data i czytelny podpis)

\*Niepotrzebne skreślić

Na podstawie art. 21 ust. 5, ust. 7 i ust. 8 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1304 j.t. z późn. zm.)

Jeżeli osoba zamieszkiwała w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa jest zobowiązany przedłożyć zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

**Oświadczenie  
w przypadku braku informacji z rejestru karnego**

Ja, niżej popisana/-y

.....,

numer PESEL .....

oświadczam, że:

- prawo w państwie mojego obywatelstwa, tj. .... [podać nazwę państwa/państw], nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego;
- prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am, tj. .... [podać nazwę państwa/państw], nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego.

Jednocześnie oświadczam, że nie byłam/-em prawomocnie skazana/-y w żadnym z wyżej wymienionych państw za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu określonym w rozdziałach XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Dodatkowo oświadczam, że:

- Nie wydano wobec mnie żadnego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-em się wyżej wymienionych czynów zabronionych.
- Nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad małoletnimi.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data i czytelny podpis)

Na podstawie art. 21 ust. 5, ust. 7 i ust. 8 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023, poz 1304 j.t. z późn. zm.)

**Oświadczenie o niekaralności**

**i zobowiązaniu do przestrzegania podstawowych zasad ochrony dzieci**

Ja, .....

nr PESEL .....

oświadczam, że nie byłam/-em skazana/-y za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie.

Ponadto oświadczam, że zapoznałam/-em się ze Standardami Ochrony Małoletnich w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku Spółka z o.o. i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data i czytelny podpis)