

na udzielanie świadczeń medycznych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Powiatowego
w Wyrzysku Sp. z o.o. w formie lekarskiego nadzoru nad oddziałem, pacjentem oraz personelem

OFERTA

**na udzielanie świadczeń medycznych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Powiatowego
w Wyrzysku Sp. z o.o. w formie lekarskiego nadzoru nad oddziałem, pacjentem oraz personelem**

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 gospodarczą

Imię i nazwisko

adres: kod miejscowość

ulica nr

PESEL NIPREGON

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 (odpowiednie zaznaczyć):

1) 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 świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy w formie lekarskiego nadzoru nad oddziałem, pacjentem oraz personelem, 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://szpitalwyrzysk.com/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 – 20:00, 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. Deklarowana liczba godzin na udzielanie świadczeń medycznych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o. w formie lekarskiego nadzoru nad oddziałem, pacjentem oraz personelem w miesiącu: **godzin.**
10. Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia objętego przedmiotem konkursu na dzień złożenia oferty.
11. Spełnia warunki określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).
12. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń medycznych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o. w formie lekarskiego nadzoru nad oddziałem, pacjentem oraz personelem **stawka zł brutto miesięcznie (słownie zł:)** za udzielanie świadczeń objętych konkursem.
13. Wyraża zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego.

14. 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

.....
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)