*Załącznik nr 1 do SWKO*

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii

Oferent: .............................................………………………………………………………

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

……………………………………………………………………………....…………………..

.......................................................................................................................................................

…………………………….

Miejscowość, data

………………………….

*podpis i pieczątka oferenta)*

*Załącznik nr 2 do SWKO*

FORMULARZ OFERTY Oświadczenia/zobowiązania oferenta

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych: - *przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii* ogłoszonego przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno -Lecznicze w Łodzi z siedzibą przy ul. Aleksandrowskiej 61/63, 91-205 Łódź:

1. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
3. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że:
5. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami i projektem umowy ) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
6. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
7. wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji wyłącznie do celów realizacji tej umowy.

5. **Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy przedłożyć:**

**a)** Oferent będący obywatelem RP: **zaświadczenie o niekaralności 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** .

**b)** oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa\*,

**c)** oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.\*\*

**d)** dodatkowo ,Oferent nie będący obywatelem RP, informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

\* Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*\*Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem\*, że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym 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 oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że 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 nimi.

................................................

*( podpis i pieczątka oferenta)*

…………………………….

Miejscowość, data

*Załącznik nr 3 do SWKO*

FORMULARZ CENOWY

………………………………………

………………………………………

………………………………………

(wpisać nazwę i adres oferenta)

Oferta cenowa w konkursie ofert w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii w ramach kontaktu z NFZ.

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczym w Łodzi, ul. Aleksandrowska 61/63, 91-205 Łódź w w/w zakresie.

w cenie …………......……………………...zł (słownie: ….......................................……………………………………………..……….... zł) za jeden punkt rozliczeniowy .

………………………….

………………..

Miejscowość, data Podpis i pieczątka oferenta

*Załącznik nr 4 do SWKO*

……………………………..

Miejscowość, data

Postępowanie: Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych :

**w zakresie chirurgii w ramach kontraktu z NFZ**

Dane osoby/pełnomocnika/przedstawiciela ubiegającej się o świadczenie usług zdrowotnych

* + 1. Imię i nazwisko -……………………....................................………………………..….;
    2. Adres zameldowania - …………………………....................................………………..;
    3. Adres dla korespondencji: ……………………...................................………………….;
    4. Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą:
    5. ………………..................................................................................................................

………………………………………………………………………………….………..;

* + 1. Adres wykonywania działalności gospodarczej - ……….................................................

.......................................................................................................................................;

* + 1. Telefon - ………………………………e-mail....................……..……….……..............;
    2. Posiadane uprawnienia - ………………………………..................................................

specjalizacja -.....................................…………………………………….......................

* + 1. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu; ……………………………..…

wydanego przez: ……………………………………………………………………..…;

* + 1. REGON - ………….......................................…………………………….................….;
    2. NIP - …………………………………………….......................................................….;
    3. PESEL - ………………………………………….......................................................…;
    4. Numer wpisu do rejestru praktyk lekarski……….……………………………………….

wydany przez Okręgową Izbę Lekarską /Wojskową Radę Lekarską w ……………………..……........................................................................................................

………………………….

*(Podpis i pieczątka oferenta)*

*Załącznik nr 5do SWKO*

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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. U. UE L 119 z 04.05.2016, s. 1) zwanego dalej RODO, Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi informuje, że:

1. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi (91-205)z siedzibą przy ul. Aleksandrowskiej 61/63 (e-mail: [sekretariat@wompcpl.eu](mailto:sekretariat@wompcpl.eu)) jest Administratorem Pana/Pani danych osobowych.
2. Wszelkie informacje i wątpliwości dotyczące przetwarzania Pana/i danych przez Administratora można kierować do Inspektora Ochrony Danych pisemnie na adres administratora lub mailowo na adres [*iod@wompcpl.eu*](mailto:iod@wompcpl.eu), lub telefonicznie *+48* 503 *683 635.*
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b) i f) RODO w związku z zawarciem i wykonaniem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii w ramach kontaktu z NFZ. W razie niepodania danych osobowych możliwa jest odmowa podpisania lub wykonania umowy.
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych mogą być podmioty przetwarzające dane osobowe na polecenie Administratora lub inne podmioty, których udział w realizacji celów, o których mowa w ust. 3 powyżej jest niezbędne, a także podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów oraz podmioty dostarczające i wspierające systemy informatyczne stosowane przez Administratora oraz podmioty świadczące usługi związane z działalnością Administratora na mocy stosownych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez te podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych oraz osoby odwiedzające stronę [www.wompcpl.eu](http://www.wompcpl.eu/).
5. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji umowy oraz przez okres przechowywania dokumentacji wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia,  
   ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo  
   do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego  
   dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Jeśli przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. W przypadku wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pan/i zwrócić się do Administratora z prośbą o udzielenie informacji.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana  
   do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zawarcia umowy i jej wykonania.
9. Pana/i dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Łódź, dnia …………………………….. …..………………………………………

(podpis i pieczątka oferenta)