

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....  
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

**Formularz Ofertowy**  
**na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych**  
**w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii / Bloku Operacyjnym**  
**Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

Niniejszym składam ofertę na:

**PAKIET II:**

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii / Bloku Operacyjnym

**PAKIET II:**

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii / Bloku Operacyjnym  
przez lekarza (wymienić rodzaj posiadanej specjalizacji):

.....  
Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Do oferty dołączam uwierzytelnione kserokopie:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Dyplom ukończenia wyższych studiów medycznych.
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza.
6. Dyplom specjalizacyjny potwierdzający posiadanie specjalizacji.
7. Zezwolenie z Izb Lekarskich na prowadzenie praktyki lekarskiej /Księga Rejestrowa – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
8. Polisa OC.
9. Zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP.
10. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza.
11. Oświadczenie Oferenta o zachowanej ciągłości pracy w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.
12. Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, wart. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o

- przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego lub zaświadczenia wskazane w pkt 14 - 17
13. Osoby posiadające obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska - informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi;
  14. Osoby, które zamieszkiwały w ciągu ostatnich 20 lat w innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa - oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkania oraz jednocześnie - informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
  15. Osoby, które zamieszkiwały państwa, których prawo nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkładają informację z rejestru karnego tego państwa.
  16. Osoby, które zamieszkiwały państwa, których prawo nie przewiduje sporządzenia informacji lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego składają oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem, że nie były prawomocnie skazane w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, wart. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła 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.
  17. Wypełniony formularzy ofertowy.
  18. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
  19. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach od 1,2,3,8,17,18 oraz listy lekarzy wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał zawarte umowy z lekarzami wykazanymi w ofercie, oświadczenie, że podmiot posiada wymagane dokumenty dotyczące uprawnień wykazanych lekarzy tj. numer prawa wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące posiadanych specjalizacji, dokumenty dotyczące badań lekarskich uprawniających do wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące ubezpieczenia, przeszkolenia bhp oraz oświadczeniem, że lekarze wykazani w ofercie posiadają ciągłość w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych oraz oświadczenie wskazane w pkt 12 lub 13 – 16.

Za realizację zamówienia oczekuje wynagrodzenia w kwocie \*\*:

**PAKIET I:**

..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii / Bloku Operacyjnym w wymiarze do ..... godzin miesięcznie

**PAKIET II:**

- a) ..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w danym miesiącu – w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii / Bloku Operacyjnym

b) ..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w soboty, niedziele, święta oraz dni dodatkowo wolne w danym miesiącu – w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii / Bloku Operacyjnym

łącznie w wymiarze do ..... godzin miesięcznie

**Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od ..... do .....**

Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Konkursu w dniach i godzinach uzgodnionych w drodze porozumienia Stron z Udzielającym Zamówienia.

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej

*\*\* wypełnić pozycję których dotyczy udzielanie świadczeń*

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....  
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że lekarze, z którymi na dzień .....r. zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej



**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych  
w ramach zawieranych umów**

W celu wypełnienia obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 i 14 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), zwanego dalej RODO informujemy, że w związku z zawarciem umowy Szpital Powiatowy w Chrzanowie będzie przetwarzał dane osobowe osób zaangażowanych w realizację umowy.

1. Administratorem danych osobowych osób realizujących umowę jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie, 32-500 Chrzanów ul. Topolowa 16, e-mail: [sekretariat@szpital-chrzanow.pl](mailto:sekretariat@szpital-chrzanow.pl).
2. Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się na adres e-mail: [iod@szpital-chrzanow.pl](mailto:iod@szpital-chrzanow.pl).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i realizacji umowy, rozliczenia kosztów w związku z zawartą umową oraz realizacją związanych z tym obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, polegających m.in. na wykonywaniu czynności w systemie informatycznym Szefa Krajowej Administracji Skarbowej tj. Krajowym Systemie e-Faktur (wystawianie i odbieranie faktur ustrukturyzowanych) w związku z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 27 grudnia 2021r. w sprawie korzystania z Krajowego Systemu e-Faktur, udostępnienia i aktualizacji danych zawartych w umowach zawartych przez Jednostkę Sektora Finansów Publicznych lub na jej rzecz w Centralnym Rejestrze Umów zgodnie z art. 34 a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych oraz wykonawczym Rozporządzeniem Ministra Finansów i Gospodarki, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
4. Dane osobowe (imię i nazwisko, stanowisko, dane kontaktowe) zostały pozyskane od podmiotu, z którym Administrator zawarł umowę i będą przetwarzane w celach związanych z realizacją umowy.
5. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne do celu zawarcia i realizacji umowy, Konsekwencją nie podania danych jest brak możliwości zawarcia umowy.
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres obowiązywania umowy oraz przechowywane przez okres 5-ciu lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym dokonano ostatniego rozliczenia kosztów. Okres przechowywania danych osobowych może zostać wydłużony z uwagi na dochodzenie roszczeń lub toczące się postępowanie przed sądem, przetwarzanie w takim przypadku odbywać się będzie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.  
Dane osobowe (zawarte w fakturach) będą ponadto przechowywane w KSeF przez okres 10 lat - licząc od końca roku w którym dokument został wystawiony. Dane osobowe będą przechowywane w CRU przez okres 5 lat od końca roku, w którym umowa została zawarta z administratorem przestała obowiązywać.
7. Dane mogą być udostępniane podmiotom świadczącym na rzecz Administratora usługi niezbędne do wykonania zobowiązań nałożonych na niego przez przepisy prawa, organom oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa do otrzymania Pani/Pana danych osobowych, a tym Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej w związku z wystawianiem faktur ustrukturyzowanych w KSeF. Dane osobowe, w związku z wystawioną fakturą mogą być udostępnione komornikom sądowym lub organom egzekucyjnym oraz Ministrowi Finansów w związku z prowadzeniem systemu teleinformatycznego Centralnego Rejestru Umów.
8. Dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji lub profilowaniu.
9. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie mają prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, prawo do żądania sprostowania (poprawiania lub uzupełnienia) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne, prawo do żądania usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”), prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych w przypadku uzasadnionym przepisami prawa.
10. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie mają również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl) gdy uznają, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.

## Kluczula informacyjna dotyczaca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, adres e-mail: [sekretariat@szpital-chrzanow.pl](mailto:sekretariat@szpital-chrzanow.pl), tel.: 32 6247029. W Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo kontaktować, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, pod adresem e-mail: [iod@szpital-chrzanow.pl](mailto:iod@szpital-chrzanow.pl) lub przesyłając korespondencję na adres siedziby Administratora.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, zgodnie z Regulaminem Konkursu Ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO. w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy oraz realizacją związanych z tym obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi i kurierzy, banki w zakresie realizacji płatności, podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi niezbędne do wykonania zobowiązań nałożonych na niego przez przepisy prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa, a w przypadku zawarcia umowy przez okres niezbędny do wykonania umowy, a po tym czasie przez okres i w zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego, a także przez okres i w zakresie niezbędnym dla zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i prawo do przenoszenia danych, o ile będą miały zastosowanie. Z praw powyższych może Pani/ Pan skorzystać składając odpowiedni wniosek: mailowo lub listownie do Inspektora Ochrony Danych na adres: e – mail: [iod@szpital-chrzanow.pl](mailto:iod@szpital-chrzanow.pl) lub adres korespondencyjny: Inspektor Ochrony Danych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów lub osobiście w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne realizacji celów określonych w pkt. 3.
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

Administrator Danych Osobowych

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej