

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Oferenta:

.....

Adres:

ul.

kod miejscowość

Telefon: , adres e-mail.....

NIP..... REGON PESEL:

Nr prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu:

II. Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza specjalisty w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii:

Stawka:.....zł/h brutto (słownie:.....zł)

III. Oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe w zakresie znieczuleń przy wykonywaniu zabiegów.
2. Posiadam tytuł naukowy – doktora nauk medycznych lub wyższy: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)
3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)
4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)
5. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych w tym: Bloku Operacyjnym zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)

.....

data

.....

Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Oświadczenie Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
- 4) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
- 5) Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 6) Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
- 7) Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
- 8) Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- 9) Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

.....
data

.....
podpis (imię i nazwisko) Oferenta

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym im. prof. Bogusława Frańczuka,
al. Modrzewiowa 22, 30 -224 Kraków

- I. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.
- II. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznaję iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
- III. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta