

FORMULARZ OFERTOWY – DANE OFERENTA

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie procedur zabiegowych oraz dyżurów lekarskich w Oddziale Okulistycznym

Nazwa oferenta _____

Adres oferenta _____

Numer rejestru sądowego _____

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych w OIL w Warszawie: _____

NIP _____ REGON _____

Adres do korespondencji _____

_____ Nr telefonu _____

Adres e-mail: _____

Nr prawa wykonywania zawodu _____

Specjalizacja, stopień specjalizacji

Nr rejestracyjny specjalizacji

Obecne miejsce zatrudnienia: _____

Maksymalna deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych okresie 06.06.2026 r.- 31.05.2029 r.

	Liczba godzin	Cena jednej godz.	Maksymalna wartość kontraktu
Maksymalna deklarowana liczba godzin dyżurów lekarskich ostrych w Oddziale Okulistycznym w okresie od 06.06.2026r. do 31.05.2029 r.			
Maksymalna deklarowana liczba godzin dyżurów lekarskich planowych w Oddziale Okulistycznym w okresie od 06.06.2026r. do 31.05.2029 r.			
	Proponowana stawka procentowa	Maksymalna miesięczna liczba punktów NFZ	Maksymalna liczba punktów NFZ w okresie w okresie od 06.06.2026r. do 31.05.2029 r.
Punkty NFZ zabiegowe			

Niniejszym oświadczam, co następuje:

1. Zapoznałem/am się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie procedur zabiegowych oraz dyżurów lekarskich od 06.06.2026r. do 31.05.2029 r. i nie zgłaszam zastrzeżeń oraz akceptuję projekt umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
2. Oferowane świadczenia będę wykonywał/a wg harmonogramu ustalanego z osobą upoważnioną reprezentującą Udzielającego zamówienia i akceptowanego przez Udzielającego zamówienia do 10 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, którego harmonogram dotyczy.
3. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Warszawa, dnia.....

.....
/podpis oferenta/

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem danych osobowych Przyjmujących zamówienie jest Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, adres: ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mssw.pl;
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO w związku z art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
5. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Wykonawca ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust.2 RODO informujemy, iż:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat do końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania, np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.
2. Przyjmującemu zamówienie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.;
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
4. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe Przyjmującego zamówienie.

W celu zapewnienia, że Przyjmujący zamówienie dopełni obowiązku informacyjnego oraz ochrony prawnie uzasadnionych interesów osoby trzeciej, której dane zostały przekazane w związku z udziałem Przyjmującego zamówienie w postępowaniu. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie świadczeń medycznych w trybie ustawy o działalności leczniczej.*

* W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art.14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Przyjmujący zamówienie nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Warszawa, dnia.....

.....
/podpis oferenta/