*Załącznik nr 1
do Zapytania ofertowego
 nr DO-4240-2/23*

Formularz ofertowy

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hematologii

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  |
| Adres Oferenta |  |
| Nr w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL - dawna Księga Rejestrowa)  |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nr rachunku bankowego |  |
| Dane kontaktowe w sprawie oferty | tel. |  |
| e-mail |  |

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu hematologii na rzecz Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie w poniższym zakresie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Opis zadania | Szacunkowa liczba godzin miesięcznie | Cena jednostkowa brutto w zł za godzinę | Maksymalna miesięczna łączna cena brutto w PLN(poz. z kol. 2 x 3) | Przewidywany okres trwania umowy (w miesiącach) | Maksymalna cena łączna brutto za okres 12-tu miesięcy (poz. z kol. 4 x 5) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Świadczenia zdrowotne realizowane w godz. od 8.00 do 18.00 | 40 |  |  | 12 |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

Proszę uzupełnić wiersz w kolumnach 3, 4 i 6.

*Załączniki do oferty*:

1. Kopie dokumentów potwierdzających prawo wykonywania zawodu oraz posiadaną specjalizację osoby, która będzie realizować świadczenie – potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem (dyplom, specjalizacja, certyfikat, wpis do rejestru praktyki zawodowej itp.).
2. Kopia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania - potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem.
3. Kopia umowy ubezpieczenia OC potwierdzona przez Oferenta za zgodność z oryginałem lub oświadczenie z zobowiązaniem do zawarcia umowy ubezpieczenia – załącznik nr 3.
4. Oświadczenie Oferenta w zakresie wypełniania obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO – załącznik nr 2 (Należy wypełnić wyłącznie gdy ofertę składa inny podmiot niż: osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, która osobiście będzie wykonywała umowę).
5. Imienny wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w NIO-PIB Kraków (jeśli dotyczy - w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka).

**KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 RODO**

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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO", informuję, że:

* + - 1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy ul. W.K. Roentgena 15, 02-781 Warszawa Oddział w Krakowie, ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków;
			2. kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Krakowie, adres email: iod@onkologia.krakow.pl
			3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b/c RODO w celu związanym z postępowaniem prowadzonym w celu zawarcia umowy,
			4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie prowadzący daną sprawę oraz inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa
			5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji praw i obowiązków Udzielający zamówienia wynikających bądź powstałych w związku z realizacją zawartej umowy;
			6. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
			7. posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
	+ - 1. nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych; prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b/c RODO;

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Jeśli jednak zajdzie taka potrzeba, postaramy się zapewnić odpowiednie zabezpieczenia prawne, stosując klauzule umowne ochrony danych osobowych;

10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji;

11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji danej sprawy. Konsekwencją niepodania tych danych będzie odrzucenie oferty pod względem formalnym.

Data: …………………

…………………………………………

 Podpis Oferenta

*Załącznik nr 2
do Zapytania ofertowego
 nr DO-4240-2/23*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA
w zakresie wypełniania obowiązków informacyjnych przewidzianych
w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1)**

Składając ofertę w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe nr DO-4240-2/23 oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego Zapytania ofertowego.1

Data:

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

Podpis Oferenta

 Wypełniane wyłącznie gdy ofertę składa inny podmiot niż osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, która osobiście będzie wykonywała umowę

*Załącznik nr 3*

*do Zapytania ofertowego*

 *nr DO-4240-2/23*

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UMOWY UBEZPIECZENIOWEJ**

Oświadczam, że:

1. posiadam wymaganą przez przepisy prawa **umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej** za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w okresie trwania realizacji świadczenia zdrowotnego,

lub

przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienie, taką umowę będę posiadać i będę ją utrzymywać przez cały okres trwania umowy.[[2]](#footnote-2)

Data:

………………………………

Podpis Oferenta

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)