*Załącznik nr 1
do Zapytania ofertowego
 nr DO-4240-7/23*

Formularz ofertowy

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu brachyterapii

|  |  |
| --- | --- |
| 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 brachyterapii na rzecz Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie w poniższym zakresie. Okres, na który zostanie zawarta umowa, może zostać przedłużony do wyczerpania maksymalnej szacunkowej wartości umowy.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne z zakresu brachyterapii | Szacunkowa miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń | Cena jednostkowa brutto w zł za 1 godzinę | Maksymalna miesięczna wartość brutto w zł ( poz. z kolumny 2 x 3) | Ilość miesięcy obowiązywania umowy | Maksymalna cena brutto w okresie obowiązywania umowy w zł (poz. z kolumny 4 x 5) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Wynagrodzenie godzinowe za udzielanie świadczeń w godzinach od 7.00 do 15.00 | 48 |  |  | 15 |  |

Proszę o uzupełnić wszystkie wiersze 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, itp.).
2. Kopia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania (praca w narażeniu na promieniowanie jonizujące) - 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 Oddział w Krakowie ul. Garncarska 11, 31-115.
			2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Krakowie, adres email: iod@krakow.nio.gov.pl
			3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w celu związanym z postępowaniem prowadzonym w trybie zapytania ofertowego.
			4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Krakowie prowadzący przedmiotowe zapytanie ofertowe oraz inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa
			5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji praw i obowiązków Udzielającego zamówienia w związku z zapewnieniem dyscypliny finansów publicznych oraz w związku z zawartą umową.
			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. 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;
			2. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji;
			3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji zapytania ofertowego. Konsekwencją niepodania tych danych będzie odrzucenie oceny oferty pod względem formalnym.

Data: …………………

…………………………………………

 Podpis Oferenta

*Załącznik nr 2
do Zapytania ofertowego
 nr DO-4240-7/23*

**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-4240-7/23 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-4240-7/23*

**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)