*Załącznik nr 1   
do Zapytania ofertowego  
 nr DO-4240-1/24*

Formularz ofertowy

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychologii klinicznej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  | |
| Adres Oferenta |  | |
| NIP |  | |
| REGON |  | |
| PESEL |  | |
| Adres zamieszkania |  | |
| Nr rachunku bankowego |  | |
| Dane kontaktowe w sprawie oferty | tel. |  |
| e-mail |  |

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu psychologii klinicznej 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 psychologii klinicznej | 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 z zakresu psychologii klinicznej | 50 |  |  | 12 |  |

Proszę uzupełnić wszystkie wiersze w kolumnach 3, 4 i 6.

*Załączniki do oferty*:

1. Kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe Oferenta mającego udzielać świadczeń potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem tj. odpowiednio:
2. dyplomu ukończenia studiów oraz dyplomu PES

lub

1. dyplomu ukończenia studiów i certyfikatu specjalisty psychologa klinicznego

lub

1. dyplomu ukończenia studiów i zaświadczenia o rozpoczęciu specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej

lub

1. dyplomu ukończenia studiów oraz dokumentów potwierdzających 2-letni okres pracy klinicznej.
2. Kopię zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem postępowania potwierdzoną przez Oferenta za zgodność z oryginałem
3. Wydruk wpisu do CEIDG.
4. Kopia polisy OC z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w zakresie świadczeń psychologa potwierdzoną przez Oferenta za zgodność z oryginałem lub oświadczenie z zobowiązaniem do zawarcia umowy ubezpieczenia – załącznik nr 3.
5. 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).
6. 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](mailto: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-4240-1/24*

**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-4240-1/24 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-4240-1/24*

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UMOWY UBEZPIECZENIOWEJ**

Oświadczam, że:

posiadam polisę OC z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w zakresie psychologa 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)