

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 psychiatrii 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 psychiatrii	6			12	

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

Załączniki do oferty:

- Kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe Oferenta mającego udzielać świadczeń potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem tj. odpowiednio:
  - dyplomu ukończenia studiów i dokument potwierdzający posiadaną specjalizację z psychiatrii
- Kopię zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem postępowania potwierdzoną przez Oferenta za zgodność z oryginałem
- Wydruk wpisu do CEIDG.

4. Kopia polisy OC z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w zakresie świadczeń psychiatrycznych 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;
8. 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;
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji;
10. 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

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**  
**w zakresie wypełniania obowiązków informacyjnych przewidzianych**  
**w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup>**

Składając ofertę w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe nr DO-4240-3/24 oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup>) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego Zapytania ofertowego.<sup>1</sup>

Data:

.....  
Podpis Oferenta

<sup>1</sup> Wypełniane wyłącznie gdy ofertę składa inny podmiot niż osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, która osobiście będzie wykonywała umowę

---

## OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UMOWY UBEZPIECZENIOWEJ

Oświadczam, że:

posiadam polisę OC z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w zakresie psychiatrii 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.<sup>2</sup>

Data:

.....  
Podpis Oferenta

---

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić