Załącznik nr: 1 do SWKO

………………………………………….

 pieczęć Oferenta

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie**

**ul. Montelupich 4, 31 – 155 Kraków**

**FORMULARZ OFERTY**

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza anestezjologa dla Pacjentów Poradni Zabiegi w Znieczuleniu Ogólnym w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie

|  |
| --- |
| Dane Oferenta |
| Nazwa |  |
| Adres (ew. adres do korespondencji) |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| NIP |  |
| REGON  |  |
| PESEL (gdy osoba nie posiada NIP) |  |
| PWZ |  |
| Nazwa bankuNr konta bankowego |  |
| Oświadczenie dot. tzw. „Białej listy” (§ 7 ust. 3 Umowy): | * wskazany rachunek figuruje na „Białej liście”
* wskazany rachunek nie figuruje na „Białej liście” – świadczenia zwolnione z VAT
 |

Oferent wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w złożonej ofercie przez Zamawiającego w celu przeprowadzenia postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuje do wiadomości, że Zamawiający będzie ich administratorem, dane będą przetwarzane zgodnie z krajowymi przepisami dot. ochrony danych osobowych w celu i zakresie, w jakim jest to niezbędne do przeprowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w postępowaniu.

Oferent oświadcza, że został poinformowany o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia.

 …………………………………….

 Podpis i pieczęć Oferenta

Załącznik 2 do SWKO

**FORMULARZ CENOWY**

W ramach konkursu ofert, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń **na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza anestezjologa dla Pacjentów Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie w Krakowie**

|  |
| --- |
| ***Proponowana stawka brutto za zabieg - procedurę znieczulenia ogólnego*** …….…………………………….…………zł...............................................................................................................................................................................................................................................zł(słownie) |

 .……………………………………………….. …………………………………………………………………………….

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

Załącznik nr 3 do SWKO

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zapoznałem się z treścią Szczegółowych warunków konkursu ofert, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Akceptuję bez zastrzeżeń wymagania stawiane oferentom jak i projekt umowy stanowiący załącznik do SWKO oraz zobowiązuję się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.
W przypadku odstąpienia od zawarcia umowy zobowiązuję się do zapłaty odstępnego
w wysokości 2 500 PLN na wskazany rachunek Udzielającego Zamówienie.
3. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Zobowiązuję się przestrzegać zapisów obowiązujących ustaw, zarządzeń Prezesa NFZ oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia w części dotyczącej realizacji przedmiotowych świadczeń.
5. Deklaruję udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu w:

- każdy poniedziałek tygodnia

- każdą środę tygodnia

 ***\*Proszę zakreślić odpowiednio***

Wyrażam zgodę na wykazanie mnie przez Udzielającego Zamówienie w zasobach umowy z Płatnikiem, zgodnie z wyżej podanym wymiarem czasu udzielania świadczeń.

1. Będę kontynuował umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującą przedmiot konkursu przez cały okres trwania umowy.
2. Zobowiązuję się wystąpić o odpowiednie uprawnienia do użytkowania systemu informatycznego, w tym prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, zapoznam się i podpiszę dokumenty związane z procedurą zatrudnienia oraz przejdę szkolenie stanowiskowe.
3. W przypadku wyboru oferty i podpisania umowy zobowiązuje się we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczać posiadanie aktualnych szkoleń z zakresu BHP oraz aktualnych badań profilaktycznych.
4. Nie podlegam wykluczeniu z Konkursu ofert w zakresie dotyczącym przesłanek wykluczenia określonych w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
5. Nie podlegam wykluczeniu z Konkursu ofert na podstawie zakazów udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych, o których mowa w art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE L 111, 8.4.2022, str. 1-66).

………………………………………………….

 Podpis i pieczęć Oferenta

Załącznik nr 4 do SWKO

**OŚWIADCZENIE**

**OFERENTA**

Oświadczam, że **nie jestem pracownikiem Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej.**

…………………………………………

Podpis Oferenta

**ALBO**

**OŚWIADCZENIE**

**OFERENTA – PRACOWNIKA UKS**

Oświadczam, że **jestem pracownikiem (zatrudnienie na podstawie umowy o pracę) Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej**

oraz[[1]](#footnote-1)

* udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz kilku szpitali (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład),

lub

* udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów indywidualnych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania,

lub

* nie udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz innych podmiotów.

W przypadku wyboru mojej oferty wnioskuję o rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron z dniem poprzedzającym dzień obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń.

…………………………………………………

Podpis Oferenta

Załącznik nr 5 do SWKO

**FORMULARZ OCENY KRYTERIÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Forma w jakiej Oferent spełnia kryteria (wypełnia Oferent)** | **Sposób potwierdzenia** | **Punktacja[[2]](#footnote-2)** |
| **Jakościowe** | **Oferent otrzyma 3 punkty w przypadku posiadania tytułu dr n. med. Oraz 5 pkt. w przypadku posiadania tytułu dr hab. n. med.****TAK/NIE** | **Kserokopia dokumentu nadania tytułu naukowgo** | **/3****/5** |
| **Kompleksowości** | **Oferent otrzyma 5 punktów za posiadanie co najmniej trzyletniego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń z anestezjologii i intensywnej opieki.****TAK/NIE** | **Przedłożenie oświadczenia potwierdzone przez Kierownika lub przedłożenie dokumentów potwierdzających doświadczenie** | **/5** |
| **Dostępności** | **Oferent otrzyma 5 pkt w przypadku zadeklarowania udzielania świadczeń w inne dni tygodnia w sytuacjach konieczności zastępstwa innego lekarza anestezjologa** **TAK/NIE** | **Przedłożenie oświadczenia przez Oferenta.** | **/5** |
|  |  |  |  |
| **Ciągłości** | **Oferent otrzyma 5 pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie oferty.****TAK/NIE** | **Przedłożenie oświadczenia potwierdzonego przez****Ordynatora/Kierownika jednostki/komórki,****w której realizowane były przedmiotowe świadczenia lub pracodawcę/podmiot zatrudniający,****u którego realizowane były świadczenia, albo wynika z dokumentów** | **/5** |
| **Finansowe** | **Zaproponowana stawka brutto za zabieg - procedurę znieczulenia ogólnego****………………. Zł** | **Weryfikacja ofert przez Komisję** | **/80** |

…………………………………………………

Podpis i pieczęć Oferenta

Załącznik nr 7 do SWKO

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, iż pomiędzy mną a Kierownikiem Poradni :

 Istnieje

 Nie istnieje[[3]](#footnote-3)

1. stosunek małżeństwa,
2. stosunek pokrewieństwa do drugiego stopnia włącznie,
3. stosunek powinowactwa do drugiego stopnia włącznie,
4. stosunek przysposobienia,
5. stosunek opieki,
6. stosunek kurateli.

 …………………………………….

Podpis i pieczęć Oferent

Załącznik nr 8 do SWKO

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”), zostałem poinformowany, iż:

Udzielający Zamówienia, tj. Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie („Klinika”), jest administratorem moich danych osobowych i może przetwarzać te dane w celach/na podstawie:

1. przeprowadzenia postępowania konkursowego, a w razie wyboru oferty – do realizacji umowy,
w tym umieszczenia moich danych osobowych w bazie danych Udzielającego Zamówienia
- w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r.
o działalności leczniczej oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
2. związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
3. ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń - na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych w myśl art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

Klinika powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w przypadku pytań lub uwag dotyczących przetwarzania moich danych osobowych. **Dane kontaktowe adres e-mail:** **iod@uks.com.pl****.**

Moje dane osobowe mogą zostać ujawnione pracownikom i współpracownikom Kliniki posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych kontrahentów w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych; dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Kliniki (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych) oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Klinika nie planuje przekazywania danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa
w zakresie przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej lub przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.

Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych
i uzupełniania danych niekompletnych oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia postępowania konkursowego i realizacji umowy w przypadku wyboru oferty.

Nie będę podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka),
a moje dane nie będą wykorzystywane do profilowania.

 …………………………………….

Podpis Oferenta

Załącznik nr 9 do SWKO

**WZÓR OŚWIADCZENIA O ZACHOWANIU POUFNOŚCI**

………………………………

**Oświadczenie o zachowaniu poufności**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| ew. Nazwa Wykonawcy |  |
| Nazwa, data i nr Umowy („Umowa”) |  |

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z:

- *Polityka Bezpieczeństwa Danych w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie*,

- dokumentami związanymi (wskazanymi w Polityce Bezpieczeństwa Danych)

Jednocześnie **zobowiązuję się** do przestrzegania zasad bezpieczeństwa informacji w Klinice określonych w tych dokumentach w zakresie wykonywanych przeze mnie czynności związanych z realizacją Umowy, w szczególności do:

* zachowania w tajemnicy (w tym nieujawniania podmiotom i osobom nieuprawnionym) informacji, w tym danych osobowych, do których uzyskam dostęp w związku z wykonywaniem czynności na rzecz Kliniki, pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej,
* niewykorzystywania informacji, w tym danych osobowych, do których uzyskam dostęp, w celach niezwiązanych z czynnościami wykonywanymi na rzecz Kliniki,
* dołożenia należytej staranności w celu ochrony powyższych informacji, w tym danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem,
* zachowania w tajemnicy rodzajów i sposobów zabezpieczenia informacji, w tym systemów informatycznych Kliniki, pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej,
* utrzymywania w tajemnicy wszelkich innych informacji uzyskanych przy wykonywaniu opisanych powyżej czynności za wyjątkiem:
1. informacji wyraźnie wyłączonych spod tej tajemnicy przez ich dysponenta,
2. informacji powszechnie dostępnych,
3. informacji, których ujawnienie stanowi wymóg określony przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy informacji, o których mowa powyżej także po (a) wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy, (b) ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z Wykonawcą, (c) śmierci pacjenta, którego dane dotyczą.

W przypadku powzięcia wiadomości lub podejrzenia naruszenia któregokolwiek, ze swoich zobowiązań, o których mowa powyżej, zobowiązuje się w trybie natychmiastowym poinformować o tym fakcie Klinikę w formie pisemnej.

Kraków, dn. ……………………………

…………………………………………………………...…

/czytelny podpis pracownika Wykonawcy/ Podwykonawcy/

1. Proszę zaznaczyć odpowiednie opcje [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełnia Komisja Konkursowa [↑](#footnote-ref-2)
3. Właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem. W sytuacji zakreślenia istnienia stosunku małżeństwa/pokrewieństwa/powinowactwa/ przysposobienia/opieki/kurateli - oferta podlega odrzuceniu [↑](#footnote-ref-3)