

Kamienna Góra dnia .....

**OFERTA**

na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni Rezonansu Magnetycznego Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze w zakresie sprawowania nadzoru i opisu badań rezonansu magnetycznego wykonywanych w Pracowni Rezonansu Magnetycznego Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze przez lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej

**CZĘŚĆ I - DANE OFERENTA**

.....  
Imię i Nazwisko / Nazwa podmiotu

.....  
PESEL

.....  
Adres do korespondencji, telefon, adres e-mail

.....  
Staż pracy / Doświadczenie

.....  
Dyplom/y ukończenia studiów potwierdzający/e posiadane kwalifikacje – (należy dołączyć potwierdzoną/e kserokopię/e, wpisać, czy załączono)

.....  
Numer/y prawa wykonywania zawodu – (należy dołączyć potwierdzoną/e kserokopię/e, wpisać, czy załączono)

.....  
Dokumenty potwierdzające posiadane specjalizacje II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej – (należy dołączyć potwierdzoną/e kserokopię/e, wpisać, czy załączono)

.....  
Wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – (należy dołączyć wydruk, wpisać, czy załączono)

.....  
Zarejestrowana nazwa firmy

.....  
NIP

.....  
REGON

.....  
Zaświadczenie o wpisie w Centralnej Ewidencji Informacji i Działalności Gospodarczej lub KRS (należy dołączyć wydruk, wpisać, czy załączono)

.....  
Potwierdzona kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w DCRO sp. z o.o. w Kamiennej Górze, zgodnie z obowiązującymi przepisami (wpisać, czy załączono)

Kopie złożonych dokumentów Oferent podpisuje i potwierdza za zgodność z oryginałem.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

## **CZĘŚĆ II – OŚWIADCZENIA OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze treścią ogłoszenia. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert” oraz wzorem umowy i nie zgłaszam do nich żadnych zastrzeżeń.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

2. Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w szkoleniach z zakresu: systemów informatycznych, bezpieczeństwa informacji, BHP, profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych, systemów zarządzania jakością i innych wskazanych przez Udzielającego Zamówienia. Zobowiązanie dotyczy wszystkich lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

3. Oświadczam, że posiadam/lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych posiadają wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz nie jestem zawieszony w wykonywaniu zawodu lekarza ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich, nie zostałem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, nie zostałem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu lekarza lub zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie/nie toczą się wobec lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

4. Oświadczam, że najpóźniej w dniu podpisania umowy, dostarczę/dostarczą lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych informację/e z Krajowego Rejestru Karnego, o której/ych mowa w art. 21 ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

5. Oświadczam, że najpóźniej w dniu podpisania umowy, dostarczę/dostarczą lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych zaświadczenie/a lekarskie – badanie profilaktyczne wydane przez lekarza medycyny pracy.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

### **CZĘŚĆ III - SKŁADANA OFERTA ORGANIZACYJNO - FINANSOWA**

Oświadczam, że oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Rezonansu Magnetycznego Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze w zakresie sprawowania nadzoru i opisu badań rezonansu magnetycznego wykonywanych w Pracowni Rezonansu Magnetycznego Dolnośląskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze przez lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej na następujących warunkach:

1. cena brutto (ryczałt) za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania nadzoru nad wykonywaniem badań rezonansu magnetycznego ..... zł brutto,
2. cena brutto (ryczałt) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania każdego opisu badań rezonansu magnetycznego w ramach zakresu:
  - a) MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego,
  - b) MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego,
  - c) MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego,  
..... zł brutto,
3. cena brutto (ryczałt) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania każdego opisu badań rezonansu magnetycznego w ramach zakresu pozostałych badań nie wykazanych w pkt. 2 ..... zł brutto,
4. maksymalny termin wykonywania opisu badań rezonansu magnetycznego ..... dni roboczych (maksymalny dopuszczalny przez Udzielającego Zamówienia termin wykonania każdego opisu badania rezonansu magnetycznego wynosi 7 dni roboczych).
5. Oferta Przyjmującego Zamówienie określona w pkt. 2 i 3 winna zawierać dwie wartości cenowe uwzględniające wycenę świadczeń ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

Oświadczam, że wyrażam zgodę na proponowany czas zawarcia umowy na czas określony od dnia podpisania umowy do dnia 31.10.2027 r.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zawarcie, najpóźniej w dniu podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, umowy dotyczącej powierzenia danych osobowych.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta

#### **CZĘŚĆ IV - KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii sp. z o.o. ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra.
- Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Dolnośląskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii sp. z o.o. pod adresem email: [suchecki@dcro.org.pl](mailto:suchecki@dcro.org.pl).
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.

.....  
data i czytelny podpis Oferenta