Załącznik nr 1 do SWKO

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Całodobowym Oddziale Leczenia Uzależnień, Całodobowym Oddziale Leczenia Uzależnień z Podwójna Diagnozą, Dziennym Oddziale Terapii Uzależnień/ Poradni Leczenia Uzależnień
i Współuzależnienia, Poradni dla Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych / Poradni Uzależnień w Zambrowie Uzależnień przez lekarza specjalistę w dziedzinie Psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie Psychiatrii**

1. **DANE O OFERENCIE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA** |  |
| **Imię Nazwisko** |  |
| **ADRES DZIAŁALNOŚCI** | **Kod pocztowy** |  |
| **Poczta** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/mieszkania** |  |
| **REGON** |  |
| **NIP** |  |
| **Telefon** |  |

1. **OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza
do nich zastrzeżeń.

3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.

4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.

5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym
i prawnym, na dzień złożenia oferty.

6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1. **WARUNKI:**
* **ZESTAW I :**
* **Zobowiązuję się do wykonania świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienie średnio ………………… godzin tygodniowo, zgodnie z wymogami NFZ oraz wg potrzeb zakładu na podstawie ustalonego harmonogramu.**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:

………….. zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Całodobowego Oddziału Leczenia Uzależnień, Całodobowego Oddziału Leczenia Uzależnień z Podwójna Diagnozą, Dziennego Oddziału Terapii Uzależnień.

* **ZESTAW II:**
* **Zobowiązuję się do wykonania świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienie średnio ……………….… godzin tygodniowo, zgodnie z harmonogramem w Poradni Leczenia Uzależnień
i Współuzależnienia, .**
* **Zobowiązuję się do wykonania świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienie średnio ………… godzin tygodniowo, zgodnie z harmonogramem w Poradni dla Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych.**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:

………….. zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Poradni Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia, Poradni dla Uzależnionych od Środków Psychoaktywnych;

* **ZESTAW III:**
* **Zobowiązuję się do wykonania świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienie średnio ………… godzin tygodniowo, zgodnie z harmonogramem w Poradni Leczenia Uzależnień i Współuzależnieni** **Poradni Leczenia Uzależnień w Zambrowie.**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:

………….. zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Poradni Leczenia Uzależnień w Zambrowie.

***Zastrzega się możliwość wykonania większej lub mniejszej ilości zamówionych godzin udzielania świadczeń w zależności od potrzeb tj. zgłaszalności pacjentów w poradniach lub obłożenia w oddziałach.***

***Proponowany czas trwania umowy: od 01.01.2024 r. do 31.12.2025 r. z możliwością jej przedłużania w trybie negocjacyjnym, pod warunkiem zawarcia przez WOPiTU w Łomży kontraktu z NFZ na dany rok.***

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym,
po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym,
co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu
i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Dziale Kadr Ośrodka przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 1).

1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY – KONTRAKT INDYWIDUALNY:**
2. kserokopia dyplomu ukończenia studiów wyższych i stosowne zaświadczenie lub inny dokument uprawniający do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie postępowania konkursowego poświadczonej przez siebie za zgodność z oryginałem,
3. inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, kursy itp.) w formie kserokopii poświadczonej przez siebie za zgodność z oryginałem,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent wystawione przez lekarza medycyny pracy lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. wpis do ewidencji działalności gospodarczej w formie kserokopii poświadczonej przez siebie za zgodność z oryginałem,
9. W przypadku gdy Udzielający Zamówienie w swojej dokumentacji posiada już któryś
z wymienionych w wymogach formalnych aktualny dokument, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, iż *wymagane dokumenty…. (wymienić które) nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia*.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczątką imienną.**

.................................................

podpis Oferenta

**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 sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie
o ochronie danych, dalej zwane RODO) Dz. Urz. UE L 119/1, informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień (dalej zwanym WOPiTU) z siedzibą w Łomży przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 18-400 Łomża, tel.: 86 216 67 03, adres e-mail: sekretariat@wopitu.pl .
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Wojewódzkim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień możliwy jest pod adresem:
* Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień z siedzibą w Łomży przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 18-400 Łomża, e-mail: iod@wopitu.pl. Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach:
2. przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w związku z właściwymi 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 – przez okres niezbędny od przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych), a w przypadku wyboru oferty, także przez okres wykonywania umowy;
3. zawarcia i realizacji umowy, w tym kontaktowania się w sprawach związanych z realizacją zadań na podstawie zawartej umowy – w zakresie niezbędnym do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy i realizacji zawartej umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO) w związku z właściwymi przepisami Kodeksu cywilnego – przez okres współpracy;
4. zapłaty za realizację umowy – w zakresie niezbędnym do realizacji umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO) – przez okres współpracy;
5. realizacji obowiązków podatkowych – w celu realizacji obowiązków płatnika podatku dochodowego wynikających z Ordynacji podatkowej, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych/prawnych i innych przepisów podatkowych (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) – przez 5 lat od zakończenia roku rozliczeniowego;
6. obowiązków księgowo-rachunkowych – w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy o rachunkowości, Ordynacji podatkowej, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) – przez 5 lat od końca roku rozliczeniowego, w którym nastąpiło zdarzenie;
7. dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) polegającego na występowaniu w sprawach sądowych, na podstawie przepisów Kodeksu cywilnegoi Kodeksu karnego lub innych właściwych przepisów – przez 3 lata od zakończenia współpracy, a w przypadku toczącego się postępowania – przez okres trwania postępowania do czasu jego prawomocnego zakończenia oraz do czasu przedawnienia roszczeń.
8. wypełnienia ciążącego na WOPiTU prawnego obowiązku archiwizacji (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w związku z właściwymi przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1984 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach przez okres wynikający z obowiązujących WOPiTU regulacji z zakresu archiwizowania dokumentacji.
9. WOPiTU może udostępnić Pani/Pana dane osobowe podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym podmiotom sprawującym funkcję nadzoru i kontroli nad zadaniami realizowanymi przez WOPiTU. Dane osobowe mogą przetwarzać, na podstawie umów powierzenia zgodnie z art. 28 RODO, dostawcy usług dla WOPiTU, w tym m.in. podmioty zapewniające obsługę i wsparcie systemów teleinformatycznych, aparatury i urządzeń medycznych, inne podmioty lecznicze współpracujące z WOPiTU, dostawcy usług kurierskich i pocztowych, dostawcy usług związanych z utylizacją dokumentacji oraz innych nośników zawierających dane osobowe.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych oraz prawo do ograniczenia przetwarzania.*,* w przypadkach określonych w przepisach RODO.
11. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uważa Pani/Pan, przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy RODO.
12. Konieczność podania przez Panią/Pana danych osobowych wynika z obowiązujących przepisów prawa i jest warunkiem niezbędnym do złożenia oferty w Konkursie. Konsekwencją nie podania danych osobowych będzie brak możliwości wzięcia udziału w Konkursie.
13. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, jednakże nie będą podlegać zautomatyzowanej decyzji i nie będą profilowane, chyba że takie działanie jest dozwolone przepisami prawa, które przewiduje właściwe środki ochrony Państwa praw, wolności i prawnie uzasadnionych interesów.

...................................................................

Data i czytelny podpis Oferenta