POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE
SPÓŁKA Z O.O. W BRANIEWIE
14-500 Braniewo, ul. Moniuszki 13 tel. 55 620 83 69
e-mail: sekretariat@szpital-braniewo.pl

Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o konkursie

…….. ……., ……
Dane / Pieczątka Oferenta *miejscowość, data*

FORMULARZ OFERTOWY
W KONKURSIE OFERT z dnia 11 sierpnia 2025 r.
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Powiatowym Centrum Medycznym Sp. z o.o. w Braniewie
KOD POSTĘPOWANIA: LEKARZ KARETKA „S" 2025

I. Dane oferenta:

1	Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu/ pełna nazwa firmy	
2	Adres: miejscowość, kod pocztowy	
3	Adres: ulica, nr domu/mieszkania	
4	REGON *(gdy dotyczy)*	
5	NIP *(gdy dotyczy)*	
6	KRS *(gdy dotyczy)*	
7	PESEL *(gdy dotyczy)*	
8	telefon	
9	Adres e-mail	

Oświadczam, że jestem wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem ..... oraz do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z dniem.....

II. Spełnienie wymogów konkursu:

Oświadczam, że:
1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i SWKO i nie wnoszę do nich uwag,
2) zapoznałem/am się informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
3) termin związania ofertą wynosi 60 dni licząc od dnia upływu terminu składania ofert.

……..
(podpis)

III. Istotne warunki umowy:
1) Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i zobowiązuję się do jej zawarcia w przypadku wyboru mojej oferty.
2) Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność

leczniczą. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy i przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy.
3) Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
4) Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem na dany miesiąc kalendarzowy.

……..
(podpis)

IV. Propozycja stawki za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
a) …… **zł brutto** (słownie: …….. **00/100**) za 1 godzinę pełnienia dyżuru w wyjazdowych specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego typu „S" bez względu na to czy świadczenia będą udzielane w dni powszednie, świąteczne lub inne dni wolne od pracy dla pracowników PCM sp. z o.o. w Braniewie, jak również bez względu na porę dzienną czy nocną.
Zadeklarowana przez Oferenta, średniomiesięczna liczba godzin wynosi …….
b) Proponowany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń: ……

IV. Miejsce wykonywania zamówienia: rejon operacyjny wyjazdowych ZRM Udzielającego zamówienia – Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Braniewie.

V. Spełnianie kryteriów wyboru najkorzystniejszej oferty:

1. Posiadane doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert na dzień złożenia oferty, **to jest okres udzielania świadczeń zdrowotnych jako lekarz wyjazdowych specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego typu „S" (Jakość)**:

	Jakość (J)	zaznaczyć X
A	poniżej 1 roku	
B	Co najmniej 1 rok ale poniżej 2 lat	
C	Co najmniej 2 lata ale poniżej 3 lat	
D	Co najmniej 3 lata ale poniżej 4 lat	
E	Co najmniej 4 lata	

2. Sposób wykonywania umowy **(Kompleksowość):**

	Kompleksowość (K)	zaznaczyć X
A	oferent zapewnia realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert - bez udziału podwykonawców	
B	oferent zapewnia realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert - z udziałem podwykonawców	

3. Liczba deklarowanych godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w wymiarze miesięcznym w czasie obowiązywania umowy **(Dostępność):**

	Dostępność (D)	zaznaczyć X
A	zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w łącznym wymiarze średnio powyżej 120 godzin w miesiącu	

B	zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w łącznym wymiarze średnio od 96 godzin do 120 godzin w miesiącu	
C	zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w łącznym wymiarze średnio poniżej 96 godzin w miesiącu	

4. Proponowany czas trwania umowy: minimum 6 miesięcy / maksimum 4 lata **(Ciągłość):**

	Ciągłość (C2)	zaznaczyć X
A	czas trwania umowy poniżej 1 roku	
B	czas trwania umowy min. 1 rok	
C	czas trwania umowy min. 2 lata	
D	czas trwania umowy min. 3 lata	
E	czas trwania umowy 4 lata	

VI. OŚWIADCZENIA OFERENTA

1) Wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie, niezbędnych w celu przeprowadzenia konkursu ofert oraz zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku wyboru mojej oferty.
2) Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym postępowaniu konkursowym, nie rozwiązano ze mną w trybie natychmiastowym umowy na świadczenia zdrowotne realizowane w przedsiębiorstwie będącym podmiotem leczniczym lub Zakładem Opieki Zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2025 r. poz. 450) z przyczyn leżących po mojej stronie, w związku z nienależytym wykonywaniem przeze mnie zobowiązania.
3) Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia, tj. koszty dojazdu, koszty przeszkolenia w szczególności w zakresie bhp oraz ppoż. badań profilaktycznych (w tym do celów sanitarno-epidemiologicznych), koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.
4) Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dla osób wykonujących swoje obowiązki na podstawie umów cywilnoprawnych, dostępna na stronie internetowej szpitala: https://www.szpital-braniewo.pl.
5) Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6) Oświadczam, iż posiadam doświadczenie zawodowe niezbędne do świadczenia usług w zakresie wskazanym jako przedmiot zamówienia w niniejszym konkursie ofert.
7) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji konkursu ofert oraz ewentualnego zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 osobowych) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 z późn. zm.) oraz zgodnie z klauzulą informacyjną stanowiącą Załącznik Nr 2 do oferty.

…….
(podpis i pieczęć Oferenta)

KLAUZULA INFORMACYJNA
INFORMACJA DLA OSÓB WSPÓŁPRACUJĄCYCH W RAMACH UMOWY CYWILNOPRAWNEJ

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Medyczne Spółka z o.o. z siedzibą w Braniewie, adres: ul. Moniuszki 13, 14-500 Braniewo.
2. Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Medycznym Spółka z o.o. z siedzibą w Braniewie jest Tomasz Manowski, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z RODO przez mail: iod@szpital-braniewo.pl.
3. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane:
   • podmiotom przetwarzającym (są to podmioty działające na nasze zlecenie);
   • organom lub podmiotom publicznym, uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.
4. Administrator nie przekazuje danych osobowych poza obszar EOG – obejmujący swym zasięgiem: Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
5. Po zawarciu umowy Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat po zakończeniu umowy (licząc od roku następnego);
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązany do ich podania; konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożliwość zatrudnienia;
9. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane służbom Głównego Inspektora Sanitarnego lub innym służbom kryzysowym w celu podjęcia czynności zapobiegawczych lub kontrolnych i współdziałania z innymi organami administracji publicznej w czasie trwania epidemii.
10. Spółka objęta jest monitoringiem. Udzielający zamówienie uprawniony jest również do monitoringu przeglądanych przez Przyjmującego zamówienie stron internetowych, sposobu korzystania z elektronicznej poczty służbowej oraz sposobu korzystania ze służbowego sprzętu komputerowego. Cele, zakres oraz sposób zastosowania monitoringu określono w aktach regulujących porządek pracy w Spółce.
11. W dowolnym momencie może Pani/Pan wystąpić z żądaniem wykonania swoich praw:
    • sprostowanie / poprawienie danych osobowych (art. 16 RODO);

• usunięcie danych (art. 17 RODO) – chyba, z e przepisy prawa nakazują przechowywanie danych;
• ograniczenie przetwarzania danych osobowych, tj. wstrzymanie operacji na danych osobowych lub nieusuwanie danych – stosownie do złożonego wniosku (art. 18 RODO);
• dostęp do danych osobowych (art. 15 RODO);
• przeniesienie danych do innego administratora danych osobowych (art. 20 RODO).

12. Informujemy, iż nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym o profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Zapoznałem się

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załączniki do oferty:

1. kserokopia dyplomu lekarza,
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu,
3. kserokopia dyplomu / dyplomów specjalizacji,
4. polisa OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
5. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w przypadku prowadzenia działalności leczniczej),
6. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej), o Działalności Gospodarczej,
7. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienia lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
8. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
9. klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (zawarta w formularzu ofertowym),
10. inne (wymienić jakie) …….

……

(podpis i pieczęć Oferenta)