

.....
(miejscowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka
w Raciborzu
ul. Gamowska 3
47 – 400 Racibórz

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez lekarza w zakresie

w Oddziale Szpitala Rejonowego w Raciborzu

- ☐ w podstawowej ordynacji lekarskiej
- ☐ w dyżurowej ordynacji lekarskiej
- ☐ świadczenie usług w poradniach
- ☐ z jednoczesnym pełnieniem funkcji kierownika / zastępcy kierownika oddziału

I. Dane Oferenta

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
.....

2) Imię

3) Nazwisko

4) PESEL

5) Nr prawa wykonywania zawodu

6) NIP.....REGON.....

7) Adres zamieszkania

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania)

.....

8) Tel. Kontaktowy

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta

- ☐ Specjalista lub specjalizacja II stopnia

- ☐ Specjalizacja 1 stopnia
- ☐ Odbywanie specjalizacji z

III. Doświadczenie w pracy / udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową:

- ☐ 1 – 5 lat
- ☐ 6 – 10 lat
- ☐ powyżej 10 lat

IV. Proponowana stawka:

- ☐ za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale:
- ☐ za świadczenia zdrowotne udzielane w poradniach:
- ☐ za jedną procedurę:
- ☐ za jedną konsultację:
- ☐ ryczałt:
- ☐ kierowanie oddziałem za miesiąc
- ☐ inne:

V. Proponowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie:

W oddziale szpitalnym	Dyżur medyczny	W Poradniach
☐ 40 -120 godz/m-c	☐ 0-48 godz/m-c	☐ 1-3 godz/tydz
☐ 121-170 godz/m-c	☐ 49-96 godz/m-c	☐ 4-8 godz/tydz
☐ Powyżej 170 godz/m-c	☐ Powyżej 96 godz/m-c	☐ Powyżej 8 godz/tydz
☐ Inne	☐ Inne	☐ Inne

VI. Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń

.....

(data złożenia oświadczenia)

.....

(pieczęć i czytelny podpis oferenta)

**WSZYSTKIE SKŁADANE W OFERCIE ZAŁĄCZNIKI WINNY BYĆ POTWIERDZONYMI ZA
ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM KOPIAMI WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

Załączniki:

- 1) kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- 2) wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS
- 3) kopie dokumentów (dyplom ukończenia szkoły/uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu, posiadanych specjalizacji)
- 4) kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy
- 5) zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i ppoż
- 6) kopia orzeczenia lekarskiego
- 7) oświadczenia
- 8) oryginał „Zapytania o udzielenie informacji o osobie z Krajowego Rejestru Karnego na tle seksualnym i ochronie małoletnich”

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa
Rostka w Raciborzu,
Gamowska 3
47-400 Racibórz

.....
.....
.....
(Imię i nazwisko, adres)

Oświadczenia

**UWZGLĘDNIAJĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z ART. 7 UST. 1 USTAWY O
SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA WSPIERANIU AGRESJI
NA UKRAINĘ ORAZ SŁUŻĄCYCH OCHRONIE BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO**
składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp

Na potrzeby konkursu na stanowisko:
prowadzonego przez **Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu** oświadczam, co
następuje:

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na
podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie
przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa
narodowego* (Dz. U. poz. 835)¹.

.....
Data podpis osobisty

¹ Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”*, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

.....
Imię i nazwisko

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz, tel. 032 - 755 50 71.
2. We wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu można kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych: iodo@szpital-raciborz.org oraz pod numerem telefonu. 32 755 50 71
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu podpisania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Odbiorcami danych będą osoby upoważnione przez administratora, podmioty przetwarzające oraz podmioty upoważnione z przepisu prawa.
5. W przypadku umów podlegających obowiązkowi ujawnienia w Centralnym Rejestrze Umów Jednostek Sektora Finansów publicznych, Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione i opublikowane w zakresie wymaganym przepisami prawa. Podstawą prawą w zakresie przestrzegania danych w tym zakresie jest art. 6. 1 lit.c RODO w związku z art. 34a ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.
7. Posiadają Państwo prawo do żądania dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia ochrony danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie danych jest dobrowolne , jednak niezbędne do realizacji celu.
10. Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Informacją na temat przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu oraz że zostałem/łam poinformowany/na o dostępności ww. informacji na stronie internetowej Szpitala: www.szpital-raciborz.org oraz na tablicach informacyjnych.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z **Procedurą Zgłoszeń Naruszeń oraz Ochrony Osób Dokonujących Zgłoszeń (Sygnalistów) nr ZSZ-18 z dnia 13.08.2024 r.** dostępną na stronie internetowej www.szpital-raciborz.org oraz w Dziale Kadr.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Szpitala Rejonowego w Raciborzu oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania ofert oraz wykonania usługi zamówienia.
4. Uważam się związana/y z ofertą przez okres 30 dni.
5. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
7. Posiadam niezbędną wiedzę oraz potencjał techniczny i kadrowy niezbędny do wykonania zamówienia.
8. Nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym.
9. Rodzaj działalności leczniczej i zakres świadczeń zdrowotnych odpowiada przedmiotowi zamówienia zgodnie z art.26 Ustawy z dnia 15.04.2011 roku o działalności leczniczej.

Na każde żądanie zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto oświadczam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu komórkowego wyłącznie dla celów realizacji umowy.

Racibórz, dnia

.....
podpis i pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

do Rejestru Sprawców Przepststw na Tle Seksualnym z dostętem ograniczonym

W związku z planowanym rozpoczęciem **pracy/stażu/praktyk*** w Szpitalu Rejonowym im. dr Józefa Rostka w Raciborzu w kontakcie z pacjentami małoletnimi w wieku do 18 r.ż. dobrowolnie wyrażam zgodę na przekazanie poniższych danych w celu weryfikacji mojej osoby w Rejestrze Sprawców Przepststw na Tle Seksualnym.

Informacja o osobie z Rejestru z dostętem ograniczonym będzie pobrana na podstawie § 20 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostętem ograniczonym.

Dane niezbędne do sprawdzenia w Rejestrze:

Zadanie lub postępowanie: ~~ZATRUDNIENIE/STAŻ/PRAKTYKA/WOLONTARIAT~~/INNE (jakie?)*

Numer PESEL:

Imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Imię ojca

Imię matki

Data urodzenia

.....

podpis

*niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNICH

Oświadczam, że ja niżej podpisany

.....
(imię i nazwisko oświadczającego)

zapoznałem się ze Standardami Ochrony Małoletnich* przyjętych w Szpitalu Rejonowym im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania w szczególności do raportowania informacji na temat zdarzeń i działań niezgodnych z ich treścią.

.....
Podpis składającego oświadczenie

*Standard Ochrony Małoletnich do pobrania ze strony internetowej Szpitala Rejonowego w Raciborzu
Strefa Pacjenta – Pliki do pobrania – Polityka Ochrony Małoletnich
<https://szpital-raciborz.org/strefa-pacjenta/ogolne-informacje/>