**Załącznik Nr 3 do SWKO**

**O F E R TA**

**Dla Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SP ZOZ**

**ul. Koszykowa 78, 00-671 Warszawa 1**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia ciągłości pracy Terenowej Stacji WCKiK SPZOZ w Gdańsku poprzez: Świadczenie usług medycznych przez lekarza – Kierownika Pracowni Kwalifikacji Dawców obejmujących koordynację pracy i nadzór nad pracownikami Pracowni Kwalifikacji Dawców, badanie i kwalifikacje lekarską kandydatów na dawców krwi lub dawców krwi i jej składników oraz nadzorowanie poboru krwi w warunkach stacjonarnych i ekipowych w wymiarze do 100 godzin w miesiącu według przedstawionego z dwutygodniowym wyprzedzeniem, co miesięcznego grafiku w Terenowej Stacji WCKiK SPZOZ w Gdańsku w dni robocze, dni świąteczne i dni ustawowo wolne od pracy, na zasadach określonych w regulaminie konkursu ofert, ogłoszeniu oraz projekcie umowy – Sprawa 14/KO/2023.

**Dane oferenta:**

* **Nazwa i adres oferenta………………………………………………………………..**
* **Adres do korespondencji …………………………………………………………….**
* **Zawód lekarza w ramach indywidualnej …………… praktyki lekarskiej posiadającym specjalizację z ……………………………..oraz prawo wykonywania zawodu nr ……………………………..wydane przez ………………………………….. i prowadzącym działalność gospodarczą, wpisaną do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich ………………………………………..**
* **REGON ……………………………………………..**
* **Tel. kontaktowy: …………………..………….**
* **e-mail: ………………………………………..**

**Oferent oświadcza, iż:**

* 1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i SWKO i nie wnosi zastrzeżeń.
  2. Akceptuje wzór umowy niniejszego konkursu ofert.
  3. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w miejscu wskazanym w SWKO.
  4. Posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.
  5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) w zakresie szkód wyrządzonych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
  6. Zobowiązuję się świadczyć usługę medyczną, objętą niniejszym konkursem za cenę brutto:……….. za jedną godzinę świadczenia usług medycznych (słownie……………………………………………………………………..) w **Terenowej Stacji WCKiK SPZOZ w Gdańsku.**

7. Cena obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

8. Terminem udzielania zamówienia od 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2024 r.

9. Akceptuje formę przekazania informacji o wyniku niniejszego postępowania za pośrednictwem faksu lub poczty e-mail oraz przyjmujemy do wiadomości, że potwierdzeniem odbioru tej informacji będzie dowód transmisji danych z faksu lub potwierdzenie wysłania informacji pocztą elektroniczną.

10. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu***[[1]](#footnote-1)***.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. .................................................................................................................

2. .................................................................................................................

3. .................................................................................................................

4. .................................................................................................................

5. .................................................................................................................

6. .................................................................................................................

7. .................................................................................................................

……………………

/miejscowość i data/

………………………………………………

Pieczęć i podpis Oferenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* jeżeli dotyczy

1. Wyjaśnienie: W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie) [↑](#footnote-ref-1)