**……………………..**

**pieczątka Oferenta**

**Załącznik nr 1 do SWKO**

**OFERTA**

 na świadczenia zdrowotne w zakresie całodobowej diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologicznej i serologii transfuzjologicznej na potrzeby Udzielającego zamówienia w lokalizacjach przy ul. Powstania Styczniowego 1 Gdynia, ul. Wójta Radtkego 1 Gdynia, przy ul. Smoluchowskiego 18, Gdańsk oraz ul. Jagalskiego 10, Wejherowo

**I. Dane dotyczące Oferenta.**

Pełna nazwa Oferenta: ....................……………….................................…………………...…………

..............................................................................……….............................…….......………………......

Pełny adres siedziby Oferenta (kod pocztowy):

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

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

nr tel/fax, kom. ................................................................................................e-mail ..............................

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: …….........................................

….................................................................................................................................................................

nr wpisu do rejestru sądowego/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej :............................................………..................................................................................................……............

nr statystyczny REGON .................................., nr NIP ………….........……………….............

Nazwisko i imię osób uprawnionych do reprezentowania…………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa banku, nr rachunku ....................................................................................................................................................................

1. Oświadczamy, iż po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert
nr 3/UiK/2021 całodobowe diagnostyczne badania laboratoryjne, mikrobiologiczne i serologii transfuzjologicznej na potrzeby Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. w lokalizacjach: ul. 81-519 Gdynia przy Powstania Styczniowego 1, 81-348 Gdynia przy ul. Wójta Radtkego 1, 80-214 Gdańsk przy
ul. Smoluchowskiego 18, oraz 84-200 Wejherowo przy ul. Jagalskiego 10, nie wnoszę do nich zastrzeżeń
i składam ofertę na świadczenia medyczne zawarte w Załączniku nr 2 do SWKO.
2. Oświadczamy w imieniu w/w Oferenta, że:
	1. po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie całodobowych diagnostycznych badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i serologii transfuzjologicznej, wraz z dzierżawą nie wnosimy do nich zastrzeżeń
	i składamy ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych zawartych w Załączniku nr 2 do SWKO oraz zobowiązujemy się do ponoszenia kosztów dzierżawy i eksploatacji pomieszczeń przeznaczonych
	do dzierżawy,
	2. jest on uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych, badań diagnostycznych, laboratoryjnych, mikrobiologicznych i serologii transfuzjologicznej będących przedmiotem niniejszego konkursu, zgodnie
	z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.) oraz ustawą z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (j.t. Dz.U. z 2021 r. poz. 866 ze zm.),
	w szczególności jest zarejestrowany we właściwym rejestrze podmiotów leczniczych (wymóg dla każdego laboratorium należącego do Oferenta, o ile to laboratorium jest wskazane jako biorące udział w realizacji niniejszego zamówienia),
	3. posiada on uprawnienie do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi,
	4. wykonuje lub wykonywał on należycie badania laboratoryjne, mikrobiologiczne i serologii transfuzjologicznej, dla co najmniej jednego szpitala posiadającego min. 150 łóżek zlokalizowanego
	na terenie województwa pomorskiego (outsourcing usług) pełniąc dla niego dyżury całodobowe, w okresie ostatnich trzech lat przed dniem otwarcia ofert,
	5. prowadzi lub prowadził on wieloprofilowe laboratorium, które wykonało w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia ofert, nie mniej, niż 300.000 badań oraz prowadzi wieloprofilowe laboratorium, które będzie w stanie obsłużyć Udzielającego zamówienia na zasadach i w terminach wskazanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
	6. dysponuje on osobami zdolnymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj. posiada wysoko kwalifikowany personel - co najmniej trzechspecjalistów (z II stopniem specjalizacji) z zakresu diagnostyki laboratoryjnej i co najmniej trzech specjalistów z (II stopniem specjalizacji) mikrobiologii, przeznaczonych
	do wykonywania zamówienia, a także posiada kierownika pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej o uprawnieniach zgodnych z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
	16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U.
	z 2021 r. poz. 504), a także lekarza mikrobiologa, a liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych objętych ofertą podano w Załączniku nr 3
	7. posiada on niezbędny potencjał techniczny, w tym odpowiedni sprzęt komputerowy i wdrożony system (oprogramowanie), umożliwiające poprzez połączenie ze stroną internetową oraz dwukierunkową integrację z systemem HIS Udzielającego zamówienia - rejestrowanie zleceń oraz zamieszczanie wyników badań zleconych przez Udzielającego zamówienia, w szczególności odpowiedni sprzęt elektroniczny oraz oprogramowanie zgodne z wymogami Udzielającego zamówienia określonymi
	w Załączniku nr 7 do SWKO – z przeznaczeniem dla Udzielającego zamówienia, zapewni sprzęt
	do pobierania materiału biologicznego oraz system próżniowy do poboru krwi
	(z uwzględnieniem igieł i probówek pediatrycznych), odpowiednie termosy wraz z termometrami
	i wkładami termicznymi, a do wykonania badań wykorzysta aparaturę i sprzęt wykazany w wykazie oraz że badania zostaną wykonane we wskazanych warunkach lokalowych - Załącznik nr 4
	8. znajduje się on w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia, w tym nie zalega
	w płaceniu składek, opłat i podatków w ZUS i w Urzędzie Skarbowym oraz posiada ubezpieczenie OC
	w zakresie działalności będącej przedmiotem złożonej oferty.
3. Oferujemy realizację usług w terminie 60 miesięcy od dnia 01.04.2022 roku od godz. 00.00 do dnia 31.03.2027 roku do godz. 24.00**.** Zobowiązujemy się ponadto do zapewnieniafunkcjonowania w/w oprogramowania przez 14 dni
po zakończeniu obowiązywania umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, niezależnie od sposobu rozwiązania umowy.
4. Zobowiązujemy się do świadczenia usług w zakresie diagnostyki laboratoryjnej przez 24 godziny na dobę (7 dni w tygodniu).
5. Zobowiązujemy się, że w cenie badań laboratoryjnych zorganizujemy i zapewnimy funkcjonowanie punktu pobrańw lokalizacji Udzielającego Zamówienia:
* **Gdynia, ul. Huzarska 1**

-od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00 – 11: 00

1. Zobowiązujemy się do utrzymania niezmienionej ceny za realizację usługi przez okres 5 lat obowiązywania umowy.
2. Akceptujemy 30-dniowy termin płatności.
3. Po upływie terminu płatności: nie obciążamy odsetkami/\*obciążamy odsetkami naliczonymi zgodnie
z przepisami prawa pomniejszonymi o .......%. \*
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnosimy do niego zastrzeżeń. W przypadku wybrania naszej oferty podpiszemy proponowaną treść umowy.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
6. Oświadczamy, że posiadamy aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności medycznej
w wysokości nie niższej niż wynikająca z obowiązujących przepisów w zakresie ubezpieczenia przy realizacji świadczeń zdrowotnych oraz zobowiązujemy się kontynuować to ubezpieczenie w całym okresie obowiązywania umowy zawartej z Udzielającym zamówienia na realizację świadczeń zdrowotnych.
7. **Zobowiązujemy się realizować świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki laboratoryjnej mikrobiologicznej i serologii transfuzjologicznej w ilości szacunkowej (w skali jednego roku) i po cenach określonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO, co daje łączną wartość w skali 12 miesięcy brutto: ...................................... zł (słownie: .........................................................................................................).**
8. Zobowiązujemy się do dzierżawy pomieszczeń o powierzchni ok. **391,80 m2** **(162,63 m2**, **216,37 m2 i 12,80 m2 )** zlokalizowanych przy ul. Huzarskiej 1 oraz ul. Wójta Radtkego 1 w Gdyni oraz w Gdańsku przy
ul. Smoluchowskiego 18 wraz ze znajdującym się w nich wyposażeniem należącym do Udzielającego zamówienia, z przeznaczeniem do wykonywania świadczeń objętych konkursem.

Jednocześnie oferujemy czynsz za dzierżawę pomieszczeń opisanych w załączniku nr 12 do SWKO
w wysokości:

- za 1m2 miesięcznie: **netto:** …………….zł, tj. **brutto (z podatkiem VAT)** : ........................zł,

- łącznie za **391,80 m2** miesięcznie: **netto:** ……………………….zł, tj. **brutto (z podatkiem**

 **VAT)**: ..................................zł,

- **co daje w skali 12 m-cy kwotę netto:** ……………………….zł, tj. **brutto (z podatkiem**

 **VAT)**: ..................................zł.

**UWAGA!!!!!!!** Minimalna stawka czynszu za dzierżawę pomieszczeń wraz z wyposażeniem winna wynieść nie mniej niż **50,00 zł netto za 1m2 /m-c, co daje odpowiednio 61,50 zł brutto za 1m2 /m-c**

1. Zapoznaliśmy się ze stanem pomieszczeń przeznaczonych do dzierżawy w lokalizacjach w Gdańsku
i Gdyni wraz z wyposażeniem i nie wnosimy do ich stanu uwag.
2. W zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologicznej i serologii transfuzjologicznej, posiadamy dostęp do Portalu Potencjału udostępniony przez Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku, umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem konkursu / zobowiązujemy się wypełnić i przesłać do POW NFZ
w Gdańsku wniosek o założenie konta do Portalu\*.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami SWKO i nie wnosimy zastrzeżeń.
4. Oświadczamy, że w cenie badań laboratoryjnych zorganizujemy i zapewnimy funkcjonowanie banku krwi oraz Pracowni Serologii Transfuzjologicznej dla Udzielającego zamówienia zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U. z 2021 r. poz. 504) zgodnie z SWKO.

*/należy wpisać laboratorium Oferenta, przeznaczone do wykonywania większości rodzajowo-ilościowej badań laboratoryjnych na rzecz danej lokalizacji medycznej Udzielającego zamówienia, miejscowość i adres, kierownika /*

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

 **data i podpis Oferenta**

*\*niewłaściwe skreślić*

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

pieczątka Oferenta

 **Załącznik Nr 3 do SWKO**

 **Załącznik nr 3 do Umowy**

**Wykaz, liczba i kwalifikacje zawodowe osób wykonujących**

**laboratoryjne badania diagnostyczne**

**(dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | Stanowiska osób**udzielających świadczeń** | **Kwalifikacje** **zawodowe poszczególnych osób****i doświadczenie zawodowe poszczególnych osób** | **Miejsce pracy****(podać adres laboratorium)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Osoba diagnosty labor. do bezpośrednich kontaktów z Udzielającym zamówienia:**

dla lokalizacji przy ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia: ........................................................., tel. ......................

dla lokalizacji przy ul. Wójta Radtkego 1, Gdynia: ............................................................, tel. ......................

dla lokalizacji przy ul. Smoluchowskiego 18, Gdańsk: ............................................................, tel. ......................

dla lokalizacji przy ul. Jagalskiego 10, Wejherowo: ............................................................, tel. ......................

**………………………………………..**

 **(data i podpis oferenta**

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

 **pieczątka Oferenta**  **Załącznik Nr 4 do SWKO**

 **Załącznik nr 4 do Umowy**

**Opis warunków lokalowych oraz określenie wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny**

**Sporządza samodzielnie Oferent**

Dla oferowanych laboratoryjnych badań diagnostycznych użyjemy następującej aparatury (lub w przypadku gdy nie będzie używana aparatura wpisać miejsce wykonywania badań):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **RODZAJ APARATU** | **ROK PRODUKCJI** | **MIEJSCE POŁOŻENIA APARATU (LUB MIEJSCE WYKONYWANIA BADANIA)** | **RODZAJ WYKONYWANEGO BADANIA (podać z numerem badania wskazanym w Wykazie - Załączniku nr 2 do SWKO)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*w razie wyczerpania tabeli prosimy o kontynuowanie wykazu na dodatkowej karcie*

**Opis warunków lokalowych miejsca wykonywania badań dla lokalizacji ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Opis warunków lokalowych miejsca wykonywania badań dla lokalizacji ul. Wójta Radtkego 1, Gdynia:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Opis warunków lokalowych miejsca wykonywania badań dla lokalizacji ul. Smoluchowskiego 18, Gdańsk:**

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

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

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

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

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

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

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

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

*\*w razie wyczerpania rubryk prosimy o kontynuowanie wykazu na dodatkowej karcie*

**Posiadamy niezbędny do wykonania zamówienia potencjał techniczny oraz zapewnimy sprzęt do pobrań tj.:**

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

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

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

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

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

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

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

*\*w razie wyczerpania rubryk prosimy o kontynuowanie wykazu na dodatkowej karcie*

………………………………………..

 (data i podpis oferenta)

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

pieczątka Oferenta **Załącznik Nr 5 do SWKO**

**Wykaz usług /typu outsourcing/**

**badań laboratoryjnych w szpitalach z ostatnich 3 lat**

Prosimy dołączyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług (np. referencje) z okresu ostatnich trzech lat, potwierdzające, że usługi dotyczące współpracy ze szpitalami w zakresie objętym przedmiotem niniejszego konkursu, zostały wykonane należycie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Udzielający zamówienia****/podać nazwę i adres jednostki oraz wskazać czy jest to szpital posiadający min. 150 łóżek/** | **Rodzaj wykonywanych świadczeń** | **Zapewnienie całodobowych dyżurów / podać tak lub nie/** | **Okres trwania umowy /od – do/ wykonywanych świadczeń** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………….

 (data i podpis oferenta)

**Załącznik nr 6 do SWKO**

**KLAUZULA INFORMACYJNA W KONKURSIE OFERT**

**Nr postępowania 3/UiK/2021**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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), dalej „RODO”, informuję, że:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. (zwany dalej Szpitalem) z siedzibą w Gdyni 81-519 ul. Powstania Styczniowego 1, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000492201 posiadająca numer NIP 5862286770 oraz numer REGON 190141612*;*
* Szpitale Pomorskie w Gdyni Sp. z o.o. wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, adres email: iod@szpitalepomorskie.eu;
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. ci e RODO w celu związanym
z postępowaniem o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne Nr postępowania 6/C/2018 prowadzonym w trybie konkursu ofert, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy.
* Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu ofert z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu ofert, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.
* Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem.
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych \*;
* prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan,
że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się
z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

 NIE

1. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………

(data, czytelny podpis Oferenta będącego

osobą fizyczną / upoważnionego

przedstawiciela Oferenta będącego osobą

fizyczną)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

………….........................................

(data, czytelny podpis Oferenta będącego

osobą fizyczną / upoważnionego

przedstawiciela Oferenta będącego osobą

fizyczną)

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku otwartego konkursu ofert,

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu

zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub
z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

**Załącznik nr 13 do SWKO**

**PROTOKÓŁ Z PRZEPROWADZENIA WIZJI LOKALNEJ**

## W dniu ……………. w godz. …… w ramach konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie całodobowej diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologicznej i serologii transfuzjologicznej dla Szpitali Pomorskich Sp. z o.o.

1. ………………………….………………………………………… (imię i nazwisko)
2. …………………………………………….……………………… (imię i nazwisko)
3. …………………………………….……………………………… (imię i nazwisko)

jako Przedstawiciel / -e Oferenta:

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

(nazwa i adres Oferenta)

dokonał / -li wizji lokalnej zgodnie z wymogiem wskazanym w Pkt. 9 ust. 9.21 w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert

Przedstawiciel / -le Oferenta zapoznał się z terenem, którego dotyczy przedmiotowe zadanie.

 .................................... ….……………………..……………

(Przedstawiciel Oferenta) (Przedstawiciel Udzielającego Zamówienia)