**Załącznik Nr 1 do SWKO**

**Załącznik Nr 1 do Umowy**

**FORMULARZ OFERTY NA WYKONYWANIE OPISÓW PORÓWNAWCZYCH** **BADAŃ RADIOLOGICZNYCH
W OPARCIU O MECHANIZM TELERADIOLOGII DLA POTRZEB SZPITALI POMORSKICH SP. Z O.O.**

**POSTĘPOWANIE NR 6/UiK/2022**

Nazwa oferenta:............................................................................................................................

Siedziba:.........................................................................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ................................................

Strona internetowa: ................................................

Numer telefonu: ................................................

Numer faksu: ................................................

Numer REGON: ................................................

Numer NIP: ................................................

Osoba do kontaktu ze strony oferenta: …………………………………………………………………..

Osobami odpowiedzialnymi za współpracę od chwili zawarcia umowy będą:

a. w zakresie realizacji umowy……………………………., nr telefonu ……………….... email:…………………………………………..

b. w zakresie kontaktu dla wsparcia dla obsługi technicznej i informatycznej sprzętu oraz oprogramowania służącego
do przetwarzania danych i bezpiecznej ich transmisji ze strony Przyjmującego zamówienie: …………………………………………..,nr telefonu …………………………., email …………………………………………………….

c. w zakresie wątpliwych przypadków dotyczących procedur radiologicznych, kontakt z lekarzem opisującym pod numerem telefonu………….., email……….…………..

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na opisywanie porównawczych badań radiologicznych w oparciu o mechanizm teleradiologii dla potrzeb Szpitali Pomorskich Sp. z o.o., postępowanie nr 6/UiK/2022 oferujemy realizację przedmiotu konkursu za cenę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Tryb badania** | **Liczba szacunkowa rocznie\*** | **Czas wykonania opisu** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto (zł)** |
| **Badania tomografii komputerowej porównawcze** | Zwykły do 14 dni | 3430 |  |  |  |
| Razem: |  |  |  |  |

**Wartość całego zamówienia:**

**Brutto**:………………………......................................…………………………………………………………………..

Słownie:…………………......................................………………………………………………………………………

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

Data i czytelny podpis upoważnionej osoby

\*Faktyczne liczby wykonywanych badań będą uzależnione wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienia i mogą ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu.

 **Załącznik Nr 2 do SWKO**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA O ZAPOZNANIU SIĘ Z TREŚCIĄ OGŁOSZENIA**

**NR POSTĘPOWANIA 6/UiK/2022**

Dot.: ogłoszenie o konkursie ofert na wykonywanie opisów porównawczych badań radiologicznych w oparciu o mechanizm teleradiologii dla potrzeb Szpitali Pomorskich Sp. z o.o.

Nazwa oferenta:............................................................................................................................

Siedziba:.........................................................................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ................................................

Strona internetowa: ................................................

Numer telefonu: ................................................

Numer faksu: ................................................

Numer REGON: ................................................

Numer NIP: ................................................

* + - 1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
			2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunki Konkursu Ofert i materiałami informacyjnymi
			o przedmiocie konkursu ofert i akceptuję je bez żadnych zastrzeżeń.
			3. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
			4. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się
			do podpisania umowy na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert
			i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert i w mojej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
			5. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym
			i prawnym.

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

Data i czytelny podpis upoważnionej osoby

 **Załącznik Nr 3 do SWKO**

**Załącznik Nr 2 do Umowy**

**WYKAZ OSÓB (WRAZ Z KWALIFIKACJAMI) WYKONUJĄCYCH OPISY PORÓWNAWCZYCH BADAŃ RADIOLOGICZNYCH W OPARCIU O MECHANIZM TELERADIOLOGII DLA POTRZEB
SZPITALI POMORSKICH SP. Z O.O**

**NR POSTĘPOWANIA 6/UiK/2022**

Dot.: ogłoszenia o konkursie ofert na wykonywanie opisów porównawczych badań radiologicznych w oparciu o mechanizm teleradiologii dla potrzeb Szpitali Pomorskich sp. z o.o.

Nazwa oferenta:................................................................................................................................

Siedziba:.........................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Posiadana specjalizacja(nazwa, stopień, kwalifikacje) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uwaga: Oświadczam, że informacje o posiadanej specjalizacji (nazwa, stopień, kwalifikacje) są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Oświadczam, iż każdy lekarz posiada kurs Ochrony Radiologicznej Pacjenta, co reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia
z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych a używane monitory opisowe posiadają testy specjalistyczne i zobowiązuję się dostarczyć potwierdzające dokumenty na żądanie Udzielającego zamówienia.

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

Data i czytelny podpis upoważnionej osoby

**Załącznik Nr 4 do SWKO**

**WYKAZ USŁUG**

**NR POSTEPOWANIA 6/UiK/2022**

Dot.: ogłoszenia o konkursie ofert na wykonywanie opisów porównawczych badań radiologicznych w oparciu o mechanizm teleradiologii dla potrzeb Szpitali Pomorskich Sp. z o.o.

Nazwa oferenta:............................................................................................................................

Siedziba:.........................................................................................................................................

Wykaz min. 2 podmiotów na rzecz których wykonano lub wykonywano usługi tj. opisu badań tomografii komputerowej
w systemie teleradiologicznym w przeciągu ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia konkursu ofert,
a jeżeli okres działalności jest krótszy w tym okresie, odpowiadających swoim rodzajem usługom stanowiącym przedmiot konkursu z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców, oraz załączenia dokumentów potwierdzających,
że te dostawy zostały wykonane należycie (referencje).

1. w okresie ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia konkursu ofert, a jeżeli okres działalności jest krótszy w tym okresie, świadczyli usługi na rzecz dwóch podmiotów w liczbie nie mniejszej niż 250/rok

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** | **Przedmiot usługi** | **Wartość** | **Data wykonania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Data i czytelny podpis upoważnionej osoby

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**KLAUZULA INFORMACYJNA W KONKURSIE OFERT**

**Nr postępowania 6/UiK/2022**

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 Nr postępowania 6/UiK/2022 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 7 do SWKO**

**Dane oferenta:**

nazwa Oferenta:

adres:

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY PODPISUJĄCEJ FORMULARZ OFERTY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czytelnie imię i nazwisko** | **Podpis** | **Parafa** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |