**Załącznik Nr 1A do SWKO**

**Załącznik Nr 1 do Umowy**

**FORMULARZ OFERTY NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO – UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POLEGAJĄCYCH NA ANALIZIE I INTERPRETACJI (OPIS) ZAREJESTROWANEGO ZAPISU BADANIA KTG WYKONANEGO W WARUNKACH DOMOWYCH PRZY WYKORZYSTANIU BEZPRZEWODOWEGO TELEMEDYCZNEGO KARDIOTOKOGRAFU KTG   
DLA PACJENTEK SZPITALI POMORSKICH SP. Z O.O.   
(SWKO) – Nr konkursu 8/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: ……………………………., nr telefonu ……………….... email:…………………………………………..

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert oferujemy realizację przedmiotu konkursu za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Liczba szacunkowa\*** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** | **Wartość  brutto (zł)** |
| **Pakiet opieki na wykonywanie zapisu badania KTG** | 100 |  |  |

**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 1B do SWKO**

**Załącznik Nr 1 do Umowy**

**FORMULARZ OFERTY NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO – UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH POLEGAJĄCYCH NA ANALIZIE I INTERPRETACJI (OPIS) ZAREJESTROWANEGO ZAPISU BADANIA KTG WYKONANEGO W WARUNKACH DOMOWYCH PRZY WYKORZYSTANIU BEZPRZEWODOWEGO TELEMEDYCZNEGO KARDIOTOKOGRAFU KTG   
DLA PACJENTEK SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W KOŚCIERZYNIE SP. Z O.O.   
(SWKO) – Nr konkursu 8/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: ……………………………., nr telefonu ……………….... email:…………………………………………..

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert oferujemy realizację przedmiotu konkursu za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Liczba szacunkowa\*** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** | **Wartość  brutto (zł)** |
| **Pakiet opieki na wykonywanie zapisu badania KTG** | 100 |  |  |

**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 8/UiK/2022**

Dot.: ogłoszenie o konkursie ofert na realizację programu pilotażowego – udzielania świadczeń zdrowotnych polegających   
na analizie i interpretacji (opis) zarejestrowanego zapisu badania KTG wykonanego w warunkach domowych   
przy wykorzystaniu bezprzewodowego telemedycznego kardiotokografu KTG – nr konkursu 8/UiK/2022

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 Organizatora konkursu.
      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 UPRAWNIONEGO PERSONELU NR POSTĘPOWANIA 8/UiK/2022**

Dot.: ogłoszenie o konkursie ofert na realizację programu pilotażowego – udzielania świadczeń zdrowotnych polegających   
na analizie i interpretacji (opis) zarejestrowanego zapisu badania KTG wykonanego w warunkach domowych   
przy wykorzystaniu bezprzewodowego telemedycznego kardiotokografu KTG – nr konkursu 8/UiK/2022

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.

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

Data i czytelny podpis upoważnionej osoby

**Załącznik Nr 4 do SWKO**

**Załącznik nr 4 do Umowy**

**WYKAZ TECHNICZNO-UŻYTKOWY DLA USŁUGI TELEMEDYCZNEGO KTG**

**- NR POSTĘPOWANIA 8/UiK/2022**

Dot.: ogłoszenie o konkursie ofert na realizację programu pilotażowego – udzielania świadczeń zdrowotnych polegających   
na analizie i interpretacji (opis) zarejestrowanego zapisu badania KTG wykonanego w warunkach domowych   
przy wykorzystaniu bezprzewodowego telemedycznego kardiotokografu KTG – nr konkursu 8/UiK/2022

Nazwa Oferenta: ............................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Data i czytelny podpis upoważnionej osoby

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**KLAUZULA INFORMACYJNA W KONKURSIE OFERT**

**Nr postępowania 8/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 / Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 83-400 Kościerzyna,   
  ul. A. Piechowskiego 36, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku,   
  VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000469668, posiadająca numer   
  NIP: 5911694694 oraz numer REGON 191103039.
* Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, adres email: [iod@szpitalepomorskie.eu](mailto:iod@szpitalepomorskie.eu)
* Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o. wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, adres email:   
  [walenty.narloch@szpital.koscierzyna.pl](mailto:walenty.narloch@szpital.koscierzyna.pl)
* 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 8/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 / Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Spółka z o.o.  
ul. A. Piechowskiego 36 83-400 Kościerzyna – Administratora Danych Osobowych, w celu:

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

TAK

NIE

1. używania przez spółkę telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, 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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |