



Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy

Numer sprawy: 6/ZP/2025

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów
w Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy
na lata 2026-2028

1. Oferowanie świadczenia w zakresie*:

- ☐ psychiatrii
 - ☐ psychologii
 - ☐ logopedii
 - ☐ psychoterapeuty uzależnień
- (* - zaznaczyć właściwe krzyżykiem tylko jedną rubrykę)

2. Oferowanie miejsce wykonywania świadczeń*:

- ☐ Poradnia dla Dorosłych
 - ☐ Poradnia dla Dzieci i Młodzieży
 - ☐ Poradnia Logopedyczna
 - ☐ Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
- (* - zaznaczyć właściwe krzyżykiem tylko jedną rubrykę)

3. Dane dotyczące Oferenta prowadzącego działalność gospodarczą

Pełna nazwa Oferenta:	
Adres działalności gospodarczej:	
Numer NIP:	
Numer REGON:	
Numer wpisu do KRS: (jeśli Oferent posiada)	
Adres poczty elektronicznej:	
Numer telefonu:	
Numer rachunku bankowego:	

Nr prawa wykonywania zawodu oraz data jego uzyskania:	
Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji, dyplomy, certyfikaty):	
Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe:	

4. Oferowana dostępność do świadczeń realizowanych w ramach zawartej przez Udzielającego Zamówienie z NFZ

Lp.	Dzień tygodnia	Od godziny	Do godziny	Ilość godzin
1.	Poniedziałek			
2.	Wtorek			
3.	Środa			
4.	Czwartek			
5.	Piątek			
Oferowana łączna liczba godzin w tygodniu				

Oferent oświadcza, że w/w harmonogram godzin pracy nie będzie zmieniony przez okres minimum sześć miesięcy licząc od daty złożenia wykazu czasu pracy. Zmiany godzin pracy przez Oferenta mogą być uwzględnione jedynie od początku następnego miesiąca po wcześniejszym pisemnym zgłoszeniu u Zamawiającego.

5. Oferuję udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym i uprawnionym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w ramach i na zasadach umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienie z Oddziałem NFZ w kwocie.

Wynagrodzenie za jeden punkt w kwocie złotych brutto	Proponowana liczba punktów	Wartość zamówienia na miesiąc
złotych	pkt	złotych

6. Kserokopie aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych – załączam do oferty:
- 1) Kserokopia wpisu do praktyk lekarskich,
 - 2) Kserokopia dyplomu,
 - 3) Kserokopia specjalizacji,
 - 4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu,
 - 5) Kserokopia polisy ubezpieczeniowej – aktualnie ważna lub oświadczenie o jej wykupieniu na pierwszy rok obowiązywania umowy jak również na kolejne lata
 - 6) Kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbytych przeszkoleniach z zakresu BHP.
 - 7) Kserokopia orzeczenia lekarskiego z medycyny pracy o zdolności do wykonywania zawodu
 - 8) Paraflowany przez Oferenta projekt umowy.
 - 9) Aktualny odpis z KRS oraz CeIDG
 - 10) W przypadku Oferenta, który zamierza udzielać świadczeń małoletnim należy dostarczyć Zaświadczenie z KRK w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV KK oraz art. 189a i art. 207 KK i ustawie z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii.

OFERENT OŚWIADCZA

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
2. zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. zapoznałem/am się z projektem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. zyskałem/am wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. uważam się związany ofertą przez okres 60 dni od daty składania ofert.
6. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. wyrażam zgodę na negocjowanie godzin pracy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie porad specjalistycznych wykonywanych na rzecz pacjentów
8. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
9. dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
11. wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez udzielającego zamówienia i NFZ oraz inne instytucje mogące prowadzić kontrole w tym zakresie.
12. nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów.
13. nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
14. nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
15. w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

.....
Data i podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OFERENTÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W WPZP W BYDGOSZCZY

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), dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych WPZP w Bydgoszczy: iod@wpzp.bydgoszcz.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z udziałem Pani/Pana w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem, na podstawie art.6 ust. 1 pkt b RODO
4. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, a ich nieprzekazanie spowoduje brak możliwości udziału w postępowaniu konkursowym.
5. Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych przedmiotom innym niż upoważnione na mocy przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia procesu postępowania konkursowego, nie dłużej jednak niż przez jeden rok od zakończenia konkursu ofert – w przypadku nie wybrania Pani/Pana oferty.
8. W przypadku wybrania Pani/Pana oferty i podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, nie krócej jednak niż do dnia przedawnienia roszczeń, wynikających z zawartej Umowy.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody prze jej cofnięciem.
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

.....
Data i podpis Oferenta