# Pieczęć firmowa Oferenta

**OFERTA – Formularz ogólny**

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 2**

**W RZESZOWIE**

**35-005 RZESZÓW**

**UL. FREDRY 9**

**UWAGA! – wypełnia w całości i podpisuje Oferent!**

Pełna nazwa Oferenta:

Imię: ………………………………………………………

Nazwisko: …………………………………………………

Posiadający dyplom technika dentystycznego nr …….…….z dnia: ………………….….……

Wpisanym do ewidencji działalności gospodarczej w …………………………………… ……… ……………………………………………pod nr………………………………..……

Adres Oferenta:

Kod pocztowy ……-……… miejscowość ……………………………………..………………

ul. ……………………………………………………………………… nr ……………………

tel. ………………………………………… fax ……………………..…………………

Bank: ……………………………………………………………………………………………

Nr konta ……………………………………………

NIP ………………………………………… Regon: ……………………………

1. Zgłaszamy gotowość złożenia oferty w konkursie ofert na wykonanie prac technicznych z dziedziny stomatologii.
2. Prace techniczne z dziedziny stomatologii wykonywane będą w lokalu znajdującym się
w ………………………………………, ul. ………………………………………………

o powierzchni użytkowej ………………, którego jesteśmy właścicielem/ którym władamy na podstawie umowy najmu zawartej w dniu …………………………
z ………….........……………………………………………………………………………

na czas ……………………………………… .

1. W celu wykonania zamówienia zapewniać będziemy transport własny TAK NIE
2. W celu wykonania zamówienia określam szybkość realizacji zamówienia ( maksimum dni)
* uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie 5-8 brakujących zębów w jednym łuku zębowym - …………………………
* uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w jednym łuku zębowym - ……………….…
* zaopatrzenie bezzębnej szczęki proteza całkowitą w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej
* zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej - ………………………………………………
* odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem - ……………………...
* całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z ukształtowaniem obrzeża – dla szczęki - …………………………………………………………………
* całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z czynnościowym ukształtowaniem ukształtowaniem obrzeża- dla żuchwy - ……………………………………………………………………
1. Proponujemy zawarcie umowy na czas ………………………………………
2. Proponujemy następujące ceny brutto wykonania prac:
* za uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie 5-8 brakujących zębów w jednym łuku zębowym - …………………………
* za uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w jednym łuku zębowym - ……………….…
* za zaopatrzenie bezzębnej szczęki proteza całkowitą w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej
* za zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej - ………………………………………………
* za odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem - ……………………...
* za całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z ukształtowaniem obrzeża – dla szczęki - …………………………………………………………………
* za całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni włącznie z czynnościowym ukształtowaniem ukształtowaniem obrzeża- dla żuchwy - ……………………………………………………………………
1. W przypadku wygrania konkursu, przed podpisaniem umowy przedstawimy dowód ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu usług medycznych..
2. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
3. Bez zastrzeżeń przyjmujemy projekt umowy i w przypadku wygrania konkursu deklarujemy gotowość podpisania umowy w ciągu 14 dni od daty rozstrzygnięcia postępowania.
4. Załączniki do oferty:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia  |
|  | Odpis z CEDIG lub odpis z KRS |
|  | Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób wykonujących usługi medyczne (dołączyć kserokopie dyplomów, prawa wykonywania zawodu) |
|  | Oświadczenie zawierające zobowiązanie oferenta do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu usług medycznych |
|  | Oświadczenie o pozostawaniu w dyspozycyjności w celu wykonania przyjętego zamówienia, zgodnie z potrzebami zamawiającego |
|  | Okresowe szkolenie BHP |

1. Orzeczenie lekarskie z medycyny pracy o zdolności wykonywania pracy na danym stanowisku
2. Oświadczenie o zgodności wyrobów medycznych wykonywanych na zamówienie z wymaganiami zasadniczymi.

9) Inne dokumenty i oświadczenia oraz informacje mogące mieć zdaniem oferenta wpływ na merytoryczną wartość składową oferty

………………………………… …….. …………………

Miejscowość, data Podpis i pieczęć Oferenta

\*niepotrzebne skreślić

## *OŚWIADCZENIA*

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert
organizowanego przez Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 2 w Rzeszowie.
2. Zobowiązuję się do przedłożenia w razie przyjęcia mojej oferty jeszcze przed podpisaniem umowy dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu usług medycznych (polisa OC powinna być wykupiona i obowiązująca najpóźniej od dnia podpisania umowy).
3. Oświadczam, iż pozostaję w pełnej dyspozycyjności w celu wykonywania przyjętego zamówienia, zgodnie z potrzebami Zamawiającego.

……………………………………… …………………………………..

### Miejscowość, data Podpis i pieczęć Oferenta

…………………………. ..….

 ( imię i nazwisko)

 **OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z 10 maju 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych osobowych, do których będę miał/a (mam, miałem) dostęp w trakcie pracy w Zespole Opieki Zdrowotnej Nr 2 w Rzeszowie, wynikające z realizacją zawartej/zawieranej umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, jak również po ustaniu zatrudnienia w tej placówce.

 Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym dokumencie dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji.

 …………………………………

 ( podpis)

Oświadczenie

Oświadczam iż , ZOZ nr 2 jest/ nie jest moim głównym miejscem pracy.

O wszelkich zmianach zobowiązuję się poinformować w terminie 3 dni od daty zaistnienia zmiany.

 …………………………………………………

 (podpis)

**Klauzula informacyjna dla osób posiadających umowy cywilno-prawnych z ZOZ nr 2 w Rzeszowie**

Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016r.) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie z siedzibą przy ul. Fredry 9 w Rzeszowie (kod pocztowy: 35-005), adres e-mail: informacja@zoz2.pl

 tel.: (17) 853-54-66,

 Kontakt z pracownikiem odpowiedzialnym za ochronę danych osobowych w Zespole Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie jest możliwy poprzez adres e-mailowy: iod@zoz2.pl lub tel. (17) 850-90-47

2. Celem przetwarzania Pani/Pana danych jest realizacja umów cywilno- prawnych oraz inne tylko niezbędne cele.

3. Podane dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Państwa danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.

4. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym przypadku dobrowolne.

5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.

6. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, na podstawie Kodeksu Pracy a w pozostałych przypadkach do ustania przyczyn biznesowych oraz do momentu odwołania zgody

przez okres ograniczony wyrażoną przez Panią/Pana zgodą.

7. Macie Państwo prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również ma Pani/Pan prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji pracowniczej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.

8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

…………………………………….

 Podpis