**Załącznik nr 1** do Regulaminu konkursu ofert

**Dane zamawiającego:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie

ul. Szpitalna 12

16-300 Augustów

tel. 87 644 42

strona internetowa: <https://www.spzoz.augustow.pl>

e-mail: sekretariat@spzoz.augustow.pl

**Formularz ofertowy**

Nazwa i dane firmy Wykonawcy …………………………………………………….............................…….......………………................

Adres siedziby Wykonawcy (kod pocztowy)

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

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

W związku z ogłoszeniem postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie kompleksowej usługi badań pacjentów hospitalizowanych   
w Oddziale Chirurgii Ogólnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej   
w Augustowie, **oferuję** wykonanie usługi za nw cenę jednostkową, zawierającą wartości wkładu technologicznego niezbędnego do prawidłowego wykonania poszczególnych badań:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa za wykonanie badania zawierająca wkład technologiczny niezbędny do prawidłowego wykonania badania** | **Szacowana ilość badań do wykonania w trakcie trwania umowy** | **Wartość łączna (zł)** |
|  | ECPW diagnostyczne |  |  |  |
|  | ECPW z założeniem /wymianą protezy plastikowej |  |  |  |
|  | Usuniecie protezy żółciowej |  |  |  |
|  | ECPW z założeniem/wymianą protezy samorozprężalnej do PŻW/przewodu trzustkowego |  |  |  |
|  | Endoskopowe zniszczenie zmian trzustki/przewodu trzustkowego |  |  |  |
|  | Endoskopowe wprowadzenie zgłębnika do przewodu trzustkowego |  |  |  |
|  | Podwiązanie żylaków przełyku |  |  |  |
|  | EUS trzustki/dróg żółciowych |  |  |  |
|  | Cystogastrostomia EUS/ECPW w przebirgu OZT rozliczane jako objawowa torbiel i powikłania OZT (ICD 10 K85-E87+K56) |  |  |  |
|  | ECPW z usunięciem złogów dróg żółciowych/ze sfinkterotomią |  |  |  |
| Razem: | | |  |  |

**Zobowiązuję się do realizacji usług w zakresie wskazanym w** Regulaminie i szczegółowych warunkach konkursu za łączną cenę:

**Cena brutto zł: …………………………………………………………………………..**

(słownie: ……………………………………..……………………………………….………)

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem konkursu ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,

2. spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia.

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

**miejscowość, data ( podpis Wykonawcy)**

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OFERENTÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ   
W KONKURSIE OFERT**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie kompleksowej usługi badań   
pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej   
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie

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 **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów.**
2. Inspektorem Ochrony Danych jest :Pani Anna ………………, e-mail ……………
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 postępowania konkursowym.
5. Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych podmiotom 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/a/ oferty i podpisania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych Pani/a/ 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 przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed 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.

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

podpis Wykonawcy