Załącznik nr 1 do SWKO

Gdynia, dnia 26 marca 2026 r.

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań profilaktycznych medycyny pracy w zakresie okulistyki - Nr konkursu ofert: 92/2026

NAZWA OFERENTA	
ADRES WRAZ Z KODEM POCZTOWYM	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY LUB OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA	
REGON	
NIP	
NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
NR WPISU DO REJESTRU LEKARZY PRZEPROWADZAJCYCH BADANIA PROFILAKTYCZNE	
DATA I NUMER WPISU DO KRS LUB DATA WPISU DO CEIDG	
NAZWA BANKU I NUMER KONTA BANKOWEGO OFERENTA	

Załącznik nr 1A do SWKO
Załącznik nr 1 do Umowy

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań profilaktycznych medycyny pracy na rzecz Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. zwanego dalej "Udzielającym zamówienia" **, (w siedzibie Udzielającego Zamówienia lub w siedzibie podmiotów zewnętrznych)** – według wykazu badań wskazanych poniżej na okres począwszy od 01.05.2026 r do ..... r.

Wykaz świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym:

L.p.	Nazwa usługi medycznej	Cena
1	wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie pracy w zakresie konsultacji okulistycznych,	
2	orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie w zakresie konsultacji okulistycznych,	
3	ocena możliwości wykonywania pracy uwzględniająca stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy w zakresie konsultacji okulistycznych,	
4	udział lekarza medycyny pracy w Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy odbywających się w siedzibie Zamawiającego oraz inne zadania wynikające z przepisów prawa w zakresie konsultacji okulistycznych,	
5	udział w ocenie ryzyka zawodowego, biologicznego oraz w zakresie stosowanych substancji niebezpiecznych w zakresie konsultacji okulistycznych,	
6	udział w audytach ZSZ w zakresie wynikającym z Normy 45001,	
7	prowadzenie analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy w zakresie konsultacji okulistycznych,	
8	wykonywanie badań poekspozycyjnych, o których mowa w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. 2013 poz. 696) w zakresie konsultacji okulistycznych	

Wykaz dni i godzin pracy*

Dzień tygodnia	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
Godziny pracy					

***minimalna ilość badań w ciągu jednego dnia (dnia roboczego) nie może wynosić mniej niż 4 badania**

……..
(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 1B do SWKO

Składający ofertę oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, w zakresie którego składa niniejszą ofertę.
2. zapoznał się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert wraz z załącznikami i nie wnosi w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy wraz z załącznikami oraz zobowiązuje się do podpisania na warunkach określonych w tym wzorze w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego zamówienia, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 5 do SWKO.
4. cena oferty zaproponowana w Formularzu Oferty - może ulec zmianie w okresie obowiązywania umowy, jeden raz w roku nie częściej niż co 6 miesięcy z uwagi na fakt, iż zmienią się stawki urzędowe, ustawowe stawki podatku VAT lub ceny materiału czy też odczynników mające wpływ na ceny badań lub ze względu na zmianę wycen NFZ w ramach umów.
5. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączników do SWKO.
6. jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, na który jest składana oferta, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156) i pozostałych przepisach.
7. posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
8. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu, oraz dysponuje osobami uprawnionymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj.: personelem uprawnionym i zdolnym do wykonywania i opisów badań zgodnie z właściwymi wymogami prawa.
9. oferuje realizację usług przez cały okres wskazany w umowie.
10. termin płatności za wykonane badania profilaktyczne medycyny pracy w miesięcznym okresie rozliczeniowym wynosić będzie 30 dni.
11. posiada aktualną polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania / przedłoży umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także zobowiązanie w formie oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy *
12. przyjmuje do wiadomości, że może ulec zmianie zakres i rodzaj badań, ze względu na zapotrzebowanie Udzielającego zamówienia.
13. zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego za pośrednictwem poczty e:mail pod adresem wskazanym w Formularzu Oferty stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO.
14. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym i faktycznym.
15. jest świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

niewłaściwe skreślić

……..
(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 2 do SWKO.

Załącznik nr 2 do Umowy

Wykaz – liczba i kwalifikacje zawodowe osób uczestniczących w wykonywaniu umowy*

Lp.	Imię i nazwisko	Numer PWZ	Kwalifikacje zawodowe poszczególnych osób (np. specjalizacja- w przypadku specjalizacji I lub II stopnia należy podać stopień specjalizacji)	Staż pracy

……..
(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do SWKO

KLAUZULA INFORMACYJNA W KONKURSIE OFERT
Nr postępowania 92/2026

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 3/UiK/2025 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

2. 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 /
upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

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 /
upoważnionego przedstawiciela
Oferenta)

* 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.