

.....  
Miejscowość, data

**Samodzielny Publiczny  
Zespół Opieki Zdrowotnej  
ul. M.Kopernika 13  
32-100 Proszowice**

### OFERTA

**Na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakładzie podmiotu leczniczego w rodzaju medyczne czynności podejmowane przez ratownika medycznego wraz z kierowaniem pojazdem uprzywilejowanym**

**Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Wykształcenie.....

Wpis do CEIDG.....

NIP.....REGON.....

Adres do korespondencji.....

Telefon kontaktowy.....

OFERENT oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń do zapisów.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do udzielającego zamówienia.
3. Posiada wiedzę, odpowiednie kwalifikacje i umiejętności do realizacji zamówienia oraz będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.
4. Złożone przez oferenta kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście oraz posiada pełną zdolność do czynności prawnych.
6. Oferent oświadcza, że w okresie ostatnich 3 lat poprzedzających termin składania ofert nie rozwiązano z nim w trybie natychmiastowym umowy na świadczenia realizowanych w zakładzie będącym podmiotem leczniczym, z jego winy, w związku z nienależyтым wykonaniem przedmiotu zamówienia.
7. Oferent oświadcza, że zobowiąże się przed podpisaniem Umowy na świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowym konkursem rozwiązać Umowę o pracę z SP ZOZ w Proszowicach.
8. Oferent spełnia wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach – we własnym zakresie zabezpiecza badania okresowe oraz szkolenia bhp.
9. Samodzielnie będzie się rozliczać z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

10. Przyjmuje obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, dostarczenia jej najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz terminowego dokumentowania na bieżąco, pod rygorem rozwiązania umowy.

11. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

14. Deklaracja ofertowa

a/ deklarowana liczba godzin pracy w miesiącu .....godz.

Proponowana stawka godzinowa

b/ za godzinę świadczenia usług.....zł/godz.

#### ZAŁĄCZNIKI:

1. Aktualny wpis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej ( kopia ).
2. Aktualny wpis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS a dla podmiotów nie podlegających wpisowi do KRS-u aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe.
4. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV KK, w art. 189a i art. 207 KK oraz w ustawie z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
5. Kserokopię polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy.
6. Poświadczona kopia nadania numeru REGON oraz numeru NIP.
7. Dokumenty uprawniające do kierowania pojazdem uprzywilejowanym.
8. Klauzula informacyjna o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko ( Zał. Nr 1 do oferty ) oraz oświadczenie o wyrażeniu zgodny na przetwarzanie danych ( Zał. Nr 2 do oferty ).

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**Klauzula informacyjna dla oferentów biorących udział w konkursie ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Proszowicach, z siedzibą  
ul. Kopernika 13, 32-100 Proszowice**

Dane Pani/Pana będą przetwarzane w celu:

1) związanym z udziałem w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie niemożność wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Podstawą prawną przetwarzania w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy jest art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 119/1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000)

Podstawą przetwarzania jest również art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes Administratora polegający na zapewnieniu niezbędnych rozliczeń w związku z zawartą umową oraz dochodzenia roszczeń.

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa, dostawcy usług oraz podmioty uczestniczące w realizacji postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia procesu postępowania konkursowego, nie dłużej jednak niż przez 5 lat od zakończenia konkursu ofert, w przypadku niewybrania Pani/Pana oferty.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

Dodatkowo ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Adres: Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

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.

.....

zapoznałem/am/ się  
data i podpis oferenta

### **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych**

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach, z siedzibą przy ul. Kopernika 13, 32-100 Proszowice – Administratora Danych Osobowych, w celu: wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Proszowicach, z siedzibą ul. Kopernika 13, 32-100 Proszowice, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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 119/1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000).

Potwierdzam, że zapoznałem(-am) się z Klauzulą informacyjną zawartą w ogłoszeniu o naborze, dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Powyższa zgoda została wyrażona dobrowolnie zgodnie z art 4 pkt. 11 RODO.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo wycofać powyższą zgodę w dowolnym momencie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia

.....  
( data, imię i nazwisko Oferenta)