

.....
Miejscowość, data

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

OFERTA

**na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju Ambulatoryjna
Opieka Specjalistyczna w zakresie badań specjalistycznych (AOS-BS) w siedzibie
Udzielającego zamówienia:**

Rodzaj badania.....

Dane Oferenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja, stopień specjalizacji.....

Nr księgi rejestrowej (wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

.....
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. Jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
4. 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 należytą starannością.
5. Złożone przez oferenta kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
6. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście oraz posiada pełną zdolność do czynności prawnych.

7. 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 nienależytym wykonaniem przedmiotu zamówienia.
8. Oferent oświadcza, że zobowiąże się przed podpisaniem Umowy na świadczenia zdrowotne objęte przedmiotowym konkursem rozwiązać Umowę o pracę z SP ZOZ w Proszowicach.
9. Oferent spełnia wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach – we własnym zakresie zabezpiecza badania okresowe oraz szkolenia bhp.
10. Samodzielnie będzie się rozliczać z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
11. 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.
12. Nie posiada prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia wykonywania zawodu lub zajmowania określonego stanowiska. Nie jest karany w tym za przewinienia zawodowe.
13. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

14. Deklaracja ofertowa

a/ deklarowana liczba badań/pkt.wykonywanych w miesiącu

Proponowane warunki wynagrodzenia

b/zł za.....

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: odpis dyplomu, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach oraz inne 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. 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.

.....

zapoзнаłem/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)