

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**

.....  
**NAZWISKO I IMIĘ (NAZWA) OFERENTA**

.....  
**ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI**

.....  
**ADRES ZAMIESZKANIA (LUB DO KORESPONDENCJI)**

.....  
**NIP .....**

**REGON.....**

**TEL. KONTAKTOWY: .....**

**ADRES MAILOWY.....**

Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie  
..... oferuję realizację  
przedmiotu postępowania konkursowego zgodnie z opisem zawartym w szczegółowych warunkach konkursu ofert  
za cenę (stawka godzinowa za wykonywanie świadczeń zdrowotnych)

<b>L.p.</b>	<b>Rodzaj świadczenia</b>	<b>Oferowana cena brutto</b>
1.	Stawka godzinowa za wykonywanie świadczeń zdrowotnych – praca podstawowa	
2.	Stawka godzinowa za wykonywanie świadczeń zdrowotnych – dyżur medyczny	

Składający ofertę oświadcza, że:

1. zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia oraz warunki konkursu i projekt umowy
2. jest gotowy wykonywać umowę na udzielanie świadczeń w okresie 36 miesięcy od dnia jej zawarcia

Ponadto składający ofertę oświadcza, że:

1. załączniki do oferty stanowią wszystkie kompletne dokumenty potwierdzające spełnienie wymogów określonych w rozdziale III warunków konkursu ofert;
2. posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.) / zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.) oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji umowy;

#### **DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJE:**

.....  
.....

#### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY :**

- a) Kopia dyplomu oraz prawa wykonywania zawodu
- b) Kopia dyplomu poświadczającego ukończoną specjalizację (dotyczy lekarzy specjalistów) / kopia dokumentu poświadczającego odbywane szkolenie specjalizacyjne
- c) Kopia dokumentów potwierdzających inne kwalifikacje
- d) Kopia aktualnego szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta (dotyczy lekarzy wykonujących procedury z wykorzystaniem aparatu rentgenowskiego)
- e) Wypis z CEIDG,
- f) Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- g) Kopia polisy odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.) / oświadczenie o przedłożeniu polisy przed przystąpieniem do realizacji umowy
- h) Kopia orzeczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu wydane przez lekarza medycyny pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami lub oświadczenie o przedłożeniu orzeczenia.
- i) Zaświadczenie o szczepieniu przeciw WZW B lub oświadczenie o przedłożeniu zaświadczenia przed przystąpieniem do realizacji umowy

.....  
Podpis i pieczęć składającego ofertę

### **Klauzula Informacyjna**

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:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest: Szpital w Puszczykowie im. S.T. Dąbrowskiego S.A. z siedzibą: Puszczykowo, ul. Kraszewskiego 11 (62-041), e-mail: [kancelaria@szpitalwpuszczykowie.com.pl](mailto:kancelaria@szpitalwpuszczykowie.com.pl), tel.: 61 89 84 000, fax: 61 89 84 209
2. Z Inspektorem Ochrony Danych można się skontaktować pod adresem e-mail: [iod@szpitalwpuszczykowie.com.pl](mailto:iod@szpitalwpuszczykowie.com.pl), tel: 61 89 84 208, lub pocztą tradycyjną na adres siedziby Administratora z dopiskiem Ochrona Danych Osobowych
3. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania świadczeń przez lekarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - Zarządzenie Nr 14/2023 Prezesa Zarządu, prowadzonym w trybie: konkurs ofert KO-4/2023;
4. Odbiorcą danych osobowych mogą być inne osoby lub podmioty współdziałające z Administratorem przy realizacji celów przetwarzania określonych w p. 3. Podmioty oraz osoby, którym mogą zostać udostępnione dane osobowe, zobowiązują się do zachowania poufności oraz wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, gwarantujących ochronę danych osobowych zgodną z obowiązującymi przepisami
5. Przysługuje Państwu, w zakresie wynikającym z przepisów RODO, prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
6. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w razie przetwarzania danych osobowych z naruszeniem przepisów RODO, Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.) oraz wszelkich innych regulacji krajowych służących stosowaniu RODO.
7. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane przez Administratora na zasadach zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich (poza Unię Europejską lub Europejski Obszar Gospodarczy) lub do organizacji międzynarodowych, jednak w razie wystąpienia konieczności takiego przekazania zostanie ono dokonane zgodnie z przepisami rozdziału V RODO.
9. Dane osobowe podawane są przez Państwa dobrowolnie, jednak ich podanie jest wymogiem koniecznym dla realizacji usług świadczonych przez Administratora.