

**FORMULARZ OFERTOWY****1. DANE OFERENTA**

<b>NAZWA OFERENTA ( zgodnie jak w CEIDG )</b>		
<b>KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ</b>	<b>PEŁNY ODRES POD JAKIM JEST PROWADZONA DZIAŁALNOŚĆ</b>	
<b>PESEL</b>	<b>NIP</b>	<b>REGON</b>
<b>NR TELEFONU</b>	<b>ADRES E- MAIL OFERENTA</b>	

**2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO ( ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM )**

<input type="checkbox"/>	<b>LEKARZ SYSTEMU W SPECJALISTYCZNYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO</b>
--------------------------	---

**3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ :**

<input type="checkbox"/>	<b>zł</b> Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako lekarz systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego
--------------------------	---

**4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN :**

W przypadku nawiązania współpracy zobowiązuję się do udzielania świadczeń:

- w ilości ..... godzin w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego w każdym miesiącu, w systemie 12 – godz. , 16- godz. i 24 – godz. oraz w dni ustawowo wolne od pracy tj. soboty, niedziele i święta:
- Święta Bożego Narodzenia -minimum 1 dyżur
- Sylwester i Nowy Rok – minimum 1 dyżur
- Święta Wielkiej Nocy – minimum 1 dyżur

**5. WYMAGANE DOKUMENTY**

<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <input type="checkbox"/> świadectwo o niekaralności lub podpisane oświadczenie – załącznik nr 3 <input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych <input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> kopię polisy ubezpieczeniowej
--

1. Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.

.....

data i miejscowość

.....

podpis oferenta

#### **INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z 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 (dalej RODO), informujemy, że:

- 1) Administratorem Pana/i danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, z siedzibą w Sopocie 81-756, ul. Bolesława Chrobrego 10, adres do korespondencji jw. z dopiskiem IOD.
- 2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: [iodo@msprsopot.pl](mailto:iodo@msprsopot.pl)
- 3) Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest przeprowadzenie procesu konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021r., poz. 711).
- 4) W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert Pana/i dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie działania systemu SWD PRM, w pozostałych przypadkach Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 **RODO**.
- 5) Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procedury konkursu ofert a po jego zakończeniu zostaną usunięte zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e) RODO.
- 6) Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
- 7) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021r., poz. 711) oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 882).
- 9) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- 10) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

.....

Data i miejscowość

.....

podpis oferenta