

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

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

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO (zaznaczyć krzyżykiem):

	Technik Elektroradiologii
	Technik Elektroradiologii posiadającego uprawnienia do prowadzenia bezpośredniego nadzoru nad Programem Zapewnienia Jakości
	Technik Elektroradiologii posiadającego uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej Typu R

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ (wpisać kwotę w miejscu, które dotyczy):

zł	Za godzinę udzielania świadczeń jako Technik elektroradiologii
zł	Za godzinę udzielania świadczeń jako posiadającego uprawnienia do prowadzenia bezpośredniego nadzoru nad Programem Zapewnienia Jakości
zł	Za godzinę udzielania świadczeń jako posiadającego uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej Typu R

4.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

W przypadku nawiązania współpracy zobowiązuję się do udzielania świadczeń w ilości..... godzin miesięcznie na rzecz ambulatorium chirurgicznego.

5. WYMAGANE DOKUMENTY

Technik Elektr radiologii	
<p>Wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,</p> <p>przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie),</p> <p>kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych</p> <p>aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,</p> <p>aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych,</p> <p>zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,</p> <p>zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub podpisane oświadczenie o niekaralności stanowiące <u>załącznik nr 3</u>,</p> <p>oświadczenie o zawarciu/ zamiarze zawarcia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej <u>stanowiące załącznik nr 4 do oferty</u>,</p> <p>oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu stanowiące <u>załącznik nr 5 do oferty</u>,</p>	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów</p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) może spowodować odrzucenie oferty.</p>

6. Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.
7. 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) 2016/679 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 (dalej RODO), informujemy, że:

- a) 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.
- b) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iodo@msprsopot.pl.
- c) 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.
- d) W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert Pana/i dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie działania systemu informatycznego MSPRSOPOT.MED, w pozostałych przypadkach Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.
- h) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- i) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- j) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

.....
Data i miejscowość

.....
podpis oferenta