

## FORMULARZ OFERTOWY

## 1. DANE OFERENTA

<b>NAZWA OFERENTA (zgodnie jak w CEIDG)</b>		
<b>KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ</b>	<b>PEŁNY ADRES 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>	
<b>INFORMUJĘ, ŻE POSIADAM ( zaznaczyć krzyżykiem):</b> <input type="checkbox"/> dyplom lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu		

## 2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO (odpowiednie zaznaczyć X):

<input type="checkbox"/>	Lekarz specjalista w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
<input type="checkbox"/>	Lekarz po drugim roku specjalizacji w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu

## 3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ brutto za jeden wypracowany punkt:

<input type="checkbox"/>	zł Za jeden wypracowany punkt
--------------------------	-------------------------------

## 4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w MSPR z Przychodnią w Sopocie w wymiarze czasu:

Zaznaczyć „X” odpowiednią rubrykę:

<input type="checkbox"/>	Dwa dni w tygodniu tj. poniedziałek i środa,
<input type="checkbox"/>	Jeden dzień w tygodniu tj. poniedziałek lub środa,

## 5. WYMAGANE DOKUMENTY

<ul style="list-style-type: none"><li>○ wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,</li><li>○ przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie),</li><li>○ kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie,</li><li>○ kopię prawa wykonywania zawodu,</li><li>○ kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z Okręgowej Izby Lekarskiej,</li><li>○ Zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej- oświadczenie <b>stanowiące załącznik nr 6 do oferty</b></li><li>○ Karta specjalizacji (dot. lekarza po drugim roku specjalizacji)- kopia,</li><li>○ aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,</li><li>○ orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych,</li><li>○ zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,</li><li>○ zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub podpisane <b>oświadczenie o niekaralności stanowiące załącznik nr 3,</b></li><li>○ oświadczenie o zawarciu/ zamiarze zawarcia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej <b>stanowiące załącznik nr 4 do oferty,</b></li><li>○ oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu stanowiące <b>załącznik nr 5 do oferty,</b></li></ul>	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów</p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) <b>może spowodować odrzucenie oferty.</b></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](mailto: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 oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- 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