

FORMULARZ OFERTOWY**1. DANE OFERENTA**

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

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO:

LEKARZ SYSTEMU W SPECJALISTYCZNYM WYJAZDOWYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
--

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

zł	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

<ul style="list-style-type: none"> o wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, o przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie), o kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych oraz specjalizacji potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie, o kopię prawa wykonywania zawodu, o kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z Okręgowej Izby Lekarskiej, o aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku, o orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych, o zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, o zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub podpisane oświadczenie o niekaralności stanowiące załącznik nr 3, o oświadczenie o zawarciu/ zamiarze zawarcia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej stanowiące załącznik nr 4 do oferty, o oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu stanowiące załącznik nr 5 do oferty, o kserokopie certyfikatów potwierdzających odbyte kursy (ALS, ACLS, ITLS, PALS, EPLS, NLS, ETC) prowadzone wyłącznie przez uprawnione podmioty potwierdzone certyfikatem (jeżeli Przyjmujący zamówienie taki dokument posiada), 	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów</p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) może spowodować odrzucenie oferty.</p>
<ul style="list-style-type: none"> o Kopia Karty szkolenia specjalizacyjnego potwierdzoną przez Oferenta za zgodność z oryginałem, 	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.</p>
<ul style="list-style-type: none"> o kopia certyfikatu ALS.ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA o kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA o kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS 	<p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów. Załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. Ich brak nie powoduje odrzucenia 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 SWD PRM, 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