

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:

Pielęgniarka/pielęgniarz w zakresie ambulatorium chirurgicznego.

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

| | |
|-----------|--|
| zł | Za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatorium chirurgicznego |
|-----------|--|

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

| Pielęgniarz/pielęgniarka | |
|---|---|
| <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 w tym dyplom pielęgniarza/pielęgniarki potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie</p> <p>Zaświadczenie o Prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza,</p> <p>Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej praktyki pielęgniarki w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą,</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: iod@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