

**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>	

**2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO:**

LEKARZ w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

**3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ BRUTTO:**

<b>zł</b>	Za godzinę dyżuru zwykłego 14 godz. ( poniedziałek - piątek w godz. 18.00 - 08.00 )
<b>zł</b>	Za godzinę dyżuru w dni wolne od pracy 12 –godz. i 24 godz. ( sobota , niedziela w godz. 8 -20 i 20-8 i 8-8 dnia następnego )

Stawka wynagrodzenia za jedna godzinę dyżuru w okresach świątecznych może zostać zwiększona, zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Dyrektora MSPR z Przzychodnią w Sopocie.

**4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:**

Przyjmując zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych o których mowa w § 1 i 2 umowy w systemie:

- a) 14-godzinnym w dni powszednie od poniedziałku do piątku od godz.18:00 do 08:00 dnia następnego, **jednak nie mniej niż ..... dyżury w miesiącu;**
- b) w systemie 12 – godzinnym od godziny 8 :00 do godziny 20:00;
- c) w systemie 24 - godzinnym od godz. 8:00 do godz. 8:00 dnia następnego w dni wolne od pracy tj. soboty i niedziele, **jednak nie mniej niż ..... dyżur w miesiącu,**  
**oraz w święta w tym:**
  - 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"> <li>o wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,</li> <li>o przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie),</li> <li>o kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie,</li> <li>o kopię prawa wykonywania zawodu,</li> <li>o kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z Okręgowej Izby Lekarskiej,</li> <li>o aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,</li> <li>o orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych,</li> <li>o zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,</li> <li>o zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania,</li> <li>o Oświadczenie o posiadaniu/zamiarze posiadania na koszt własny i <u>przedstawienie Udzielającemu Zamówienie przed rozpoczęciem obowiązywania umowy</u> zawartej z MSPRzP w Sopocie:</li> <li>o aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą tj. minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC winna wynosić 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.</li> <li>o aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w karetce/ambulansie oraz jej wyposażeniu, jak również w sprzęcie medycznym i niemedycznym służącym do wykonywania czynności zawodowych,</li> <li>o aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie badania na obecność wirusów HIV lub WZW oraz zakażenia z tytułu zakażenia HIV i WZW,</li> <li>o oświadczenie stanowi załącznik <b><u>nr 4 do SWKO</u></b>,</li> <li>o oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu- stanowiące <b><u>załącznik nr 5 do SWKO</u></b>.</li> </ul> <p>Oświadczenie osoby współpracującej dot. ochrony małoletnich stanowiące <b><u>załącznik nr 3 do SWKO</u></b></p>	<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