

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:

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	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ przebieg pracy zawodowej (CV oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR w Sopocie), ➤ Dyplom/świadectwo uzyskania tytułu zawodowego pielęgniarki, pielęgniarza, ➤ Zaświadczenie o Prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, ➤ Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ➤ wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, ➤ Księga Rejestrowa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, ➤ kopię dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie, ➤ aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku, ➤ aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych, ➤ zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, ➤ zaświadczenie o niekaralności w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ➤ Oświadczenie o posiadaniu/zamiarze posiadania na koszt własny i <u>przedstawienie Udzielającemu Zamówienie przed rozpoczęciem obowiązywania umowy</u> zawartej z MSPRzP w Sopocie: a) 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. b) 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, c) aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie badania na obecność wirusów HIV lub WZW oraz zakażenia z tytułu zakażenia HIV i WZW, oświadczenie stanowi załącznik <u>nr 4 do SWKO</u>, ➤ oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu- stanowiące <u>załącznik nr 5 do SWKO</u>, ➤ Oświadczenie osoby współpracującej dot. ochrony małoletnich stanowiące <u>załącznik nr 3 do SWKO</u> 	<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