**FORMULARZ OFERTOWY**

 **o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Chorób Wewnętrznych SP ZOZ MSWiA w Koszalinie**

Nazwa Oferenta ........................................................................................................................

Imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu osoby/osób, które będą wykonywać zamówienie…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres Oferenta …......................................................................................................................

Tel. .................................................................................................

E-mail: ………………………………………………………………………..

……………………………………………..

1. Oświadczam, że:
2. **prowadzę działalność gospodarczą** TAK □ / NIE □ (zaznaczyć właściwe)

NIP ........................................................ REGON ................................................................

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ……………………….

1. **jestem zatrudniona/y w innym podmiocie** na podstawie umowy o pracę bądź umowy zlecenia i moje miesięczne wynagrodzenie brutto stanowi co najmniej kwotę minimalnego wynagrodzenia określonego ustawowo

TAK □ / NIE □ (zaznaczyć właściwe)

PESEL ……………………………………………………

1. **żadne z powyższych** □ – do proponowanych cen brutto w celu porównania stawek ofertowych doliczone zostanie 19,91% stanowiące koszt składek ZUS Zamawiającego

PESEL …………………………………………………

1. Oferuję wykonanie :

□ udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz w Izbie

 Przyjęć SP ZOZ MSWiA ( **Zadanie A)**

|  |  |
| --- | --- |
| Proponowana cena za 1 godzinę pracy brutto  |   zł/godz. |
| Oferowana ilość dni udzielania świadczeń w Oddziale Chorób Wewnętrznych w tygodniu w godzinach od 800 do 1500 w dni powszednie (minimum 2 dni, maximum 5 dni) | dni/tygodniowo |
| Zobowiązuję się świadczyć usługi medyczne w Poradni Chorób Wewnętrznych | TAK / NIE |
| Proponowana cena brutto za jeden punkt rozliczeniowy udzielonej i prawidłowo sprawozdanej porady | zł/punkt |

Deklaruję dostępność usług w Poradni Chorób Wewnętrznych minimum 4 godziny dziennie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poniedziałekgodz. | **Wtorek**godz. | **Środa**godz. | **Czwartek**godz. | **Piątek**godz. |
| **od\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_** | **od\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_** | **od\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_** | **od\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_** | **od\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_** |

□ pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz w Izbie Przyjęć

 SP ZOZ MSWiA w Koszalinie (**Zadanie B)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie B-1** |  |
| Proponowana cena za 1 godzinę pracy brutto od godziny 15.00 do godziny 8.00 dnia następnego (dyżur medyczny w dni powszednie) |   zł/godz. |
| **Gwarantuję gotowość do wykonania w miesiącu następującej liczby dyżurów medycznych w dni powszednie od 15:00 do 8:00** |  dyżurów/miesiąc |
| **Zadanie B-2** |  |
| **Proponowana cena za 1 godzinę pracy brutto od godziny 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego (dyżur medyczny w dni wolne od pracy, niedziele i święta)**  |  zł/godz. |
| Gwarantuję gotowość do wykonania w miesiącu następującej liczby dyżurów medycznych **w dni ustawowo wolne od pracy, niedziele i święta** **od 8:00 do 8:00 dnia następnego** | dyżurów/miesiąc |

Ponadto, deklaruję gotowość do realizowania świadczeń w dodatkowych terminach, w przypadku nieobecności lub absencji innych lekarzy wyznaczonych na dany termin lub koniecznością realizowania większej ilości świadczeń pełnienia dodatkowych dyżurów lekarskich, w przypadku nieobecności lekarza wyznaczonego na dany termin lub gdy wystąpi konieczność realizowania większej ilości usług (wpisać TAK lub NIE) - ...............................

1. Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, a w przypadku osób w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.

…………………………………………………………

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

załącznik nr 1

………………………………………..

Nazwa / Nazwisko i imię oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert
– nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że miałam/łem możliwość zapoznania się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałam/łem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związana/ny ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy:

- kopii polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ( nie dotyczy umowy o pracę),

- kopii aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych,

- kopii aktualnego badania do celów sanitarno-epidemiologicznych.

1. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami NFZ.
2. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

……………………………………………………

 data i podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**(dotycząca przetwarzania danych osobowych oferentów)**

*Dane osobowe kandydatów ubiegających się o zatrudnienie w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie są zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej ,,RODO"*

**Administrator Danych Osobowych:**

SP ZOZ MSWiA w Koszalinie z siedzibą w Koszalinie przy ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin, tel. 94 347 16 70

**Inspektor Ochrony Danych:**

Inspektor Ochrony Danych SP ZOZ MSWiA w Koszalinie, ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin

Kontakt: iod@poliklinika.koszalin.pl

**Cel przetwarzania danych osobowych:**

Wybór oferenta do udzielania świadczeń w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie.

**Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:**

1. obowiązek prawny ciążący na administratorze, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. c RODO, wynikający z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.Dz.U.2020.295).
2. zgoda, o której mowa w art. 6 ust. 1 lit a RODO, w przypadku danych osobowych udostępnionych w sposób dobrowolny, których obowiązek przekazania nie wynika z wyżej wskazanych przepisów prawa. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w zakresie wymaganym przez przepisy prawa i stanowi warunek niezbędny do uczestnictwa w postępowaniu dotyczącego zatrudnienia w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości wzięcia udziału w postępowaniu.

Podanie danych osobowych w zakresie wykraczającym poza katalog danych wymaganych przez przepisy prawa jest dobrowolne i nie stanowi wymogu wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym.

**Odbiorcy danych osobowych;**

Członkowie komisji konkursowej powołanej przez Administratora, organy i podmioty upoważnione z mocy prawa.

**Okres przetwarzania danych osobowych:**

Do czasu zakończenia okresu rekrutacyjnego.

**Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:**

1. prawo dostępu do danych osobowych;
2. prawo do sprostowania danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo do usunięcia danych osobowych;
5. prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - w przypadku podania danych osobowych dobrowolnie.

**Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

W przypadku stwierdzenia naruszenia przepisów prawa w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)

**Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:**

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Informacja o przekazywaniu danych osobowych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Data, czytelny podpis oferenta ………………………………