**FORMULARZ OFERTOWY**

**o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza kierującego Oddziałem 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 zamówienia za kwotę :

Wykonywanie obowiązków Lekarza Kierującego Oddziałem Chorób Wewnętrznych SP ZOZ MSWiA w Koszalinie:

|  |  |
| --- | --- |
| Proponowana cena za 1 godzinę pracy brutto w tygodniu od 800 do 1500 w dni powszednie | zł/godz. |

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 zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert   
   – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany 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 ………………………………