

**OFERTA**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Międzyrzeckim Sp. z o.o. w Międzyrzeczu**

przez lekarzy specjalistów, lekarzy posiadających I i II stopień specjalizacji lub w trakcie specjalizacji po uzyskaniu potwierdzenia przez Kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę (określone w odrębnych przepisach) wykonujących działalność w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej/indywidualnej praktyki lekarskiej o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. z Dz. U. z 2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zmianami)

Pełna nazwa oferenta:

<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>Nazwa prowadzonej praktyki lekarskiej</b>		
<b>Adres</b>	<b>Kod pocztowy</b>	
	<b>Miejscowość</b>	
	<b>Ulica</b>	
	<b>Nr domu/mieszkania</b>	
<b>REGON</b>		
<b>NIP</b>		
<b>Nr telefonu</b>		
<b>Nr księgi rejestrowej</b>		

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się\* z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług medycznych.

Oświadczam, że zapoznałem się/ zapoznałam się\* z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej oraz regulaminem przeprowadzania konkursu ofert.

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia

Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zapewniających całodobową opiekę lekarską nad pacjentami ( w przypadku udzielania świadczeń w oddziałach szpitalnych) Udzielającego zamówienie oraz udzielanie świadczeń ambulatoryjnych i diagnostycznych wg ustalonego między stronami harmonogramu.

Oświadczam ,że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy na dzień podpisania umowy

Do oferty załączam kserokopie następujących dokumentów ( potwierdzone przez oferenta) :

- 1) wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- 2) wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Okręgowych Izbach Lekarskich,
- 3) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- 4) dyplom ukończenia studiów,
- 5) prawo wykonywania zawodu,
- 6) dyplom/dyplomy specjalizacji lub kartę szkolenia specjalizacyjnego
- 7) w przypadku posiadania dyplom tytułu naukowego ,
- 8) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy;
- 9) zaświadczenie do celów sanitarno- epidemiologicznych;
- 10) zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP.

.....  
(miejsowość i data )

.....  
( podpis oferenta)

\* niepotrzebne skreślić.

**INFORMACJA DLA OFERENTÓW (PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE) DOTYCZĄCA  
PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

*Szanowna(y) Pani/Pan,*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)\* z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. w Międzyrzeczu, ul. Konstytucji 3 Maja 35, 66-300 Międzyrzecz, KRS 0000478154, NIP: 104-000-12-94, REGON: 210368418, tel. kontaktowy: 95 71 57 600, e-mail:ns@szpitalmiędzyrzecz.pl
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na realizację zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz w celu realizacji usługi określonej w umowie i oparte jest na właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami podstawie prawnej tj. w przypadku danych zwykłych art. 6 ust. 1 pkt. b) c) oraz w przypadku danych szczególnych kategorii art. 9 ust 2 pkt. h) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
- 3) Jest Pani/Pan zobowiązana(y) do podania danych osobowych. Obowiązek podania danych wynika z właściwych przepisów prawa, a w szczególności związanych z udziałem w postępowaniu konkursowym, ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry/~~ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej\*\*~~. Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych uniemożliwi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym/~~zawarcie umowy na udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne\*\*~~
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 5) Dane osobowe oferentów mogą być powierzane podmiotom przetwarzającym, realizującym zadania na polecenie i w imieniu pracodawcy, na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonych w umowie usług np. w ramach zleceń na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
- 7) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. przez okres od dnia zakończenia postępowania konkursowego, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały czas jej trwania oraz okres niezbędny do dochodzenia roszczeń wynikających z treści zawartej umowy.

8) Posiada Pani/Pan prawo do:

- 1) dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa,
- 2) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa.
- 3) kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dzwoniąc pod nr tel. (95)7157600,

..... dn.....

(podpis(y) oferenta/upoważnionego przedstawiciela oferenta\*)

\*Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/4

\*\* niepotrzebne skreślić

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA DLA OFERENTÓW (PRZYJMĄCYCH ZAMÓWIENIE)  
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z MONITORINGIEM  
WIZYJNYM**

*Szanowna(y) Pani/Pan,*

wypełniając obowiązek prawny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy Osoby, których wizerunek rejestrowany jest w systemie monitoringu, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. w Międzyrzeczu, ul. Konstytucji 3 Maja 35, 66-300 Międzyrzecz, KRS: 0000478154, NIP: 104-000-12-94, REGON:210368418, tel. kontaktowy: 95 7157600; e-mail:ns@szpitalmiedzyrzecz.pl
2. Przetwarzanie danych osobowych w systemie monitoringu wizyjnego odbywa się w związku z uprawnieniami jakie przysługują Administratorowi danych.
3. Osoby, których wizerunek został zarejestrowany w systemie monitoringu, mają prawo do: kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, z wykonywaniem praw przysługujących na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz w sprawach związanych z ogólnymi zasadami funkcjonowania monitoringu w Szpitalu Międzyrzeckim Sp. z o.o. w Międzyrzeczu
4. Szczegółowa informacja dotycząca stosowania monitoringu wizyjnego w Szpitalu Międzyrzeckim Sp. z o.o. w Międzyrzeczu znajduje się w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Szpitala: [www.szpitalmiedzyrzecz.pl](http://www.szpitalmiedzyrzecz.pl)

.....dn. ....

(podpis(y) oferenta/upoważnionego przedstawiciela oferenta\*)