

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

Imię i nazwisko		
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej*		
Adres	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON*		
NIP*		
PESEL		
Nr telefonu		
Nr wpisu do rejestru*		
Nr księgi rejestrowej*		
Doświadczenie zawodowe (w latach)		
Kompleksowość – praca w oddziałach (podać jakich)		
Miejsce pracy w ostatnim roku poprzedzającym konkurs		

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników/pielęgniarzy medycznych w Szpitalu Międzyrzeckim Sp. z o.o. w Międzyrzeczu zgodnie z projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

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 tężalności Udzielającego zamówienia

Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zapewniających całodobową opiekę nad pacjentami (w przypadku udzielania świadczeń w oddziałach szpitalnych) Udzielającego zamówienie.

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

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki 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;*
- 3) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- 4) dyplom ukończenia szkoły/ studiów,
- 5) prawo wykonywania zawodu,
- 6) dyplomy potwierdzające kwalifikacje,
- 7) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne
- 8) zaświadczenie o odbytych szkoleniu z zakresu BHP.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis oferenta)

*dotyczy prowadzących działalność gospodarczą

INFORMACJA DLA OFERENTÓW (PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE) DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA

DANYCH OSOBOWYCH

Szanowna(y) Pani/Pan,

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 osobowych) (Dz.U.U.E.L. z 2016 r. Nr 119, str.1) (dalej jako: „RODO”) informujemy Panią/Pana o sposobie i celu, w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe, a także o przysługujących Pani/Panu prawach wynikających z regulacji o ochronie danych osobowych:

- 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) Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych poprzez e-mail: rodo@szpitalmiędzyrzecz.pl lub pisemnie na adres administratora danych osobowych.
- 3) Dane osobowe uzyskane w związku z rekrutacją będziemy wykorzystywać w celu realizacji procesu rekrutacji, a w przypadku pozytywnego rozpatrzenia Pani/Pana oferty dane będziemy wykorzystywać w celu zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 4) Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji wyżej wymienionych celów. Do zawarcia umowy wymagamy podania przez Panią/Pana danych wskazanych na formularzu ofertowym (jeśli te dane zostaną podane przez Panią/Pana, nie będzie możliwe zawarcie umowy). Dodatkowo prosimy o inne dane, które nie mają wpływu na zawarcie umowy, ale jeżeli ich nie otrzymamy, nie będziemy mogli np. dzwonić pod numer kontaktowy lub kontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej.
- 5) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:
 - a) Art. 6 ust. 1 lit. b RODO – przetwarzanie danych jest niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy kontraktowej oraz podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą;
 - b) Wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO);
 - c) Nasz uzasadniony interes (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) – w zakresie danych zebranych podczas postępowania rekrutacyjnego. Mamy uzasadniony interes w tym, aby sprawdzić czy Pani/Pana kwalifikacje, zdolności i umiejętności odpowiadają ustalonym kryteriom postępowania rekrutacyjnego.

- d) Zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) na przetwarzanie danych osobowych przekazana w formularzu ofertowym dotyczy wyłącznie danych podanych dobrowolnie, wykraczających poza zakres niezbędny do udziału w postępowaniu i zawarciu umowy.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będziemy przechowywać przez okres 3 lat po zakończonym procesie rekrutacyjnym, chyba że prawo nakazuje ich dalsze przechowywanie. W przypadku zawarcia umowy – przez okres 10 lat po jej zakończeniu.
- 7) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom wykonującym zadania publiczne oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych, jeżeli obowiązek ich przekazania wynika z obowiązujących przepisów prawa.
- 8) Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą podlegać profilowaniu oraz przekazaniu poza Europejski Obszar Gospodarczy.
- 9) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) Prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych;
 - b) Prawo żądania sprostowania/poprawienia Pani/Pana danych osobowych;
 - c) Prawo żądania usunięcia danych osobowych przetwarzanych bezpodstawnie; informujemy, że w zakresie, w jakim Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie;
 - d) Prawo żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
 - e) Prawo wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację w przypadkach, gdy przetwarzamy dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu;
 - f) Prawo do przenoszenia Pani/Pana danych osobowych, tj. prawo otrzymania od nas swoich danych osobowych; prawo do przenoszenia danych osobowych przysługuje tylko co do tych danych, które przetwarzamy na podstawie Pani/Pana zgody;
 - g) Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
- 10) W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
- 11) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA DLA OFERENTÓW (PRZYJMUJĄCYCH 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@szpitalmiędzyrzecz.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

.....dn.

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