

OFERTA

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

Imię i nazwisko		
Nazwa prowadzonej praktyki lekarskiej		
Adres	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Nr telefonu		
Nr księgi rejestrowej		
Doświadczenie zawodowe (w latach)		
Lista lekarzy świadczących usługi		
Miejsce pracy w ostatnim roku poprzedzającym konkurs		

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 które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.

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.

Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.

Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), ustawą z 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000), innymi przepisami dotyczącymi przetwarzania danych (w tym przepisami branżowymi) i zapewniam Udzielającemu zamówienia wystarczające gwarancje bezpieczeństwa, aby przetwarzanie danych było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.

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

- 1) wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- 2) wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą;
- 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 odbytych 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 dentysty/~~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: 957157600; 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

.....dn.

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