

**OFERTA**

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

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 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 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) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- 3) dyplom ukończenia studiów,
- 4) dyplom/dyplomy specjalizacji lub kartę szkolenia specjalizacyjnego
- 5) w przypadku posiadania dyplom tytułu naukowego ,
- 6) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy;
- 7) zaświadczenie do celów sanitarno- epidemiologicznych;
- 8) zaświadczenie o niekaralności wobec nieletnich,
- 9) 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:

- I. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. w Międzyrzeczu, ul. Konstytucji 3 Maja 35, 66-300 Międzyrzecz, KRS0000478154, NIP: 104-000-12-94, REGON:210368418, tel. kontaktowy: 95 7157600, e-mail: [ns@szpitalmiedzyrzecz.pl](mailto:ns@szpitalmiedzyrzecz.pl)
- II. 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.
- III. 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 pielęgniarzki i położnej\*\*~~. Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych uniemożliwi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym/~~zawarcie umowy na udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne\*\*~~
- IV. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- V. 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.
- VI. 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.
- VII.** 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.

VIII. 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 (PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE) DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z MONITORINGIEM WIZYJNYM CCTV**

**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. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod@szpitalmiedzyrzecz.pl**

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