

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy 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 pielęgniarki 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 łączności 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) zaświadczenie o niekaralności wobec nieletnich,
- 3) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- 4) dyplom ukończenia szkoły/ studiów,
- 5) dyplomy potwierdzające kwalifikacje,
- 6) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne
- 7) zaświadczenie o odbytych szkoleniu z zakresu BHP,

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis oferenta)

*dotyczy prowadzących działalność gospodarczą

**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 (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@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*)