Załącznik nr 1 do SWKO

Samodzielny Gminny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Jasienicy
43-385 Jasienica 845

OFERTA

Składam ofertę na udzielanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w zakresie porad lekarza podstawowej
opieki zdrowotnej w Samodzielnym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jasienicy

Imię, nazwisko, pełna nazwa oferenta ……

…….

…….

…….

NIP …….

REGON ……..

Nr prawa wykonywania zawodu ……

Specjalizacja / stopień specjalizacji ……

Staż pracy ……. w tym staż pracy w POZ …….

Tel. Kontaktowy …… adres e-mail* …….

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie podanego na stronie internetowej www.bip.sgzozjasienica.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego Zamówienia oraz szczegółowymi warunkami konkursu, akceptuję je i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.
Posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
Zapoznałem się z treścią z wzoru umowy i nie wnoszę do niego żadnych uwag i w pełni go akceptuję.
W przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na okres od 01.01.2023 r. do 31.12.2025 r. lub według uzgodnienia z Udzielającym Zamówienia.

……
(data i podpis)

*dobrowolnie

Zobowiązuję się wykonywać świadczenia będące przedmiotem konkursu za:

1. Proponowana stawka za 1 godzinę pracy …… zł brutto

Proponowany harmonogram pracy:

liczba godzin: ..... wykonywania świadczeń w tygodniu, w tym:

poniedziałek .....

wtorek .....

środa .....

czwartek .....

piątek .....

Udzielający zamówienia ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej niezbędnych do ustalania harmonogramu pracy danej poradni w celu zapewnienia prawidłowego udzielania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

…… (miejscowość i data)

…… (pieczęć i podpis)

Załączniki:

1. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL), prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską,
2. Poświadczona kopia polisy OC,
3. Poświadczony aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
4. Poświadczone kopie dokumentów (dyplomy, prawo wyk. zawodu, posiadane specjalizacje, kursy itp.).

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OFERENTÓW

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [RODO] informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w związku z prowadzonym konkursem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy, Jasienica 845, 43-385 Jasienica;
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest zapewniony pod adresem e-mail: iod@sgzozjasienica.pl lub adresem poczty tradycyjnej administratora danych z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”;
3. Państwa dane osobowe w zakresie przewidzianym zapytaniem ofertowym będą przetwarzane w celu wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy.
4. Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem przewidzianym prawem, ani nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
5. Przekazane dane osobowe będą przetwarzane do 3 miesięcy od zakończenia procesu wyboru oferty (po upływie czasu niezbędnego do odwołania się). Po tym terminie, w przypadku wcześniejszego nieodebrania przez Państwo dokumentów, zostaną one zniszczone.
6. W okresie prowadzonego naboru posiadają Państwo prawo do:
   a) dostępu do udostępnionych danych osobowych,
   b) ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
   c) prawo do przenoszenia danych,
   d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
10. Informuję o przysługującym prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Aby odwołać zgodę należy przesłać informację o treści „Odwołanie zgody” na adres e-mail kierownik@sgzozjasienica.pl lub iod@sgzozjasienica.pl
11. Państwa dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
12. Jeśli z jakiś powodów powyższe informacje nie będą kompletne, każdorazowo brakujące informacje Administrator przekaże w odrębnym dokumencie, przed pozyskaniem danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy moich danych osobowych zawartych w ofercie konkursowej w celu przeprowadzenia przedmiotowego postępowania konkursowego.

……
(data i podpis)