

OFERTA

Dane o ofercie

.....

.....

.....

/imię i nazwisko lub nazwa, nr PESEL lub REGON i NIP, adres do korespondencji/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zlecenia dyżurów pielęgniarskich:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z pełnieniem dyżurów pielęgniarskich.
3. Oferuję realizowanie przedmiotu zamówienia w zakresie dyżurów pielęgniarskich -
- ilość godzin w miesiącu -

i w związku z powyższym upoważniam Udzielającego Zamówienia do wykazywania wyżej wymienionych informacji w dokumentach i informacjach przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Proponowane następujące warunki wynagrodzenia:

Cena brutto za jedną godzinę świadczenia medycznego - zł.

5. Informacje dodatkowe:

.....

.....

6. 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. (W przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy - załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).
7. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
8. Oświadczam, że na dzień roku nie jestem związana/a umową o pracę z Samodzielnym Publicznym Szpitalem dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu **w tym samym zakresie**.
9. 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.

10. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)

..... dn.
miejscowość, data (podpis(y) oferenta/upoważnionego przedstawiciela oferenta *)

Pouczenie:

Na podstawie art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:

- **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest** Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, z siedzibą ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 000023375, NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133 nr tel. 95 7428700, e-mail: sekretariat@obrzyce.eu
- 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.
- 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 pielęgniarce**. Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych uniemożliwi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym/ zawarcie umowy na udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.
- 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.
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. przez okres 10 lat 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.

Ma Pani/Pan prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa.
- kontaktowania się z Inspektorem ochrony danych SPSNPCH we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dzwoniąc pod nr tel. 95 7428823, e-mail: iod@obrzyce.eu

..... dn.
miejscowość, data (podpis(y) oferenta/upoważnionego przedstawiciela oferenta *)

* niepotrzebne skreślić

