

## 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 **przez opiekunów medycznych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w zakresie usług świadczonych przez opiekuna medycznego w ilości nie mniej niż ..... godzin miesięcznie , za cenę .....zł. brutto za 1 godz.
3. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez opiekuna pacjenta.
4. Proponowane warunki płatności:

.....  
.....

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 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.
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....
- (4) .....
- (5) .....

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

#### Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 6 ust.1 lit. b)c) oraz art. 9 ust 2 pkt.h) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb przeprowadzenia postępowania konkursowego na realizację zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz w celu realizacji usługi określonej w umowie.

..... dn. ....  
(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](mailto: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

