

## OFERTA

Dane o ofercie

.....  
.....  
.....

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

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert **na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza specjalistę neurologa w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej oraz w Poradni Neurologicznej w SPSNPCH w Międzyrzeczu.**

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 przedmiotem postępowania.
3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii:  
**a) w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja neurologiczna: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w liczbie max ..... godzin .....zł/godz. brutto,**  
**b) w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie neurologii: udzielanie porad lekarskich w Poradni Neurologicznej dla Dorosłych w liczbie ..... godzin/miesiąc – przy stawce brutto 50% ceny za punkt jednostkowy rozliczeniowy, zakontraktowany z NFZ .**
4. Informacje dodatkowe (nr konta bankowego):  
.....  
.....

5. 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).
6. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
7. 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.

8. ZAŁĄCZNIKI:

- (1) Dyplom ukończenia studiów medycznych.
- (2) Dokument potwierdzający uzyskane specjalizacje.
- (3) Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
- (4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
- (5) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- (6) Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG.
- (7) Poświadczona kserokopia polisy OC lub w przypadku braku w chwili podpisania zobowiązanie do posiadania polisy OC w chwili rozpoczęcia świadczenia usług tj. od dnia 01.08.2018r.
- (8) Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć 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 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 lekarza i lekarza dentysty**. 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](mailto:iod@obrzyce.eu)

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

---

\* niepotrzebne skreślić