

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 ratownika medycznego na rzecz pacjentów 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 będących przedmiotem umowy.
3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w zakresie dyżurów medycznych -

- 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 za świadczenie usług medycznych przez ratownika medycznego:

- cena brutto za jedną godzinę - zł.

5. Informacje dodatkowe (nr konta bankowego):

.....
.....

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)

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć 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
- ♦ 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. 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.
(podpis(y) oferenta/upoważnionego przedstawiciela oferenta*)