

## OFERTA

Dane o ofercie

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

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

/nr telefonu, e-mail/

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 zrealizowanie 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) .....
- (5) .....
- (6) .....
- (7) .....
- (8) .....

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

**INFORMACJA DLA OFERENTÓW (PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE) DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

**Szanowna(y) Pani/Pan,**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO)\* z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz, KRS 0000023375 NIP: 596-15-22-446, REGON:000290133, tel. kontaktowy: 95 7428700, fax: 95 7428 701; e-mail:[sekretariat@obrzyce.eu](mailto:sekretariat@obrzyce.eu)
- 2) 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.
- 3) 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/ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej\*\*~~. Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych uniemożliwi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym/ ~~zawarcie umowy na udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne\*\*~~
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 5) Dane osobowe oferentów mogą być powierzane podmiotom przetwarzającym, realizującym zadania na polecenie i w imieniu pracodawcy, na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonych w umowie usług np. w ramach zleceń na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi.
- 6) 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.
- 7) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. przez okres 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.
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do:
  1. dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa,
  2. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa.
  3. kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dzwoniąc pod nr tel.(95) 7428823, pisząc na adres e-mail: [iod@obrzyce.eu](mailto:iod@obrzyce.eu)

\*Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/4

\*\* niepotrzebne skreślić

**Szanowna(y) Pani/Pan,**  
wypełniając obowiązek prawny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy Osoby, których wizerunek rejestrowany jest w systemie monitoringu, że:

wypełniając obowiązek prawny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy Osoby, których wizerunek rejestrowany jest w systemie monitoringu, że:

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