

**O F E R T A**

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 **przez ratownika medycznego i pielęgniara o specjalizacji ratunkowej**:

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 minimum - .....

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:

a) przez ratownika medycznego:\*

- Cena brutto za jedną godzinę w dzień powszedni - ..... zł.
- Cena brutto za jedną godzinę w soboty, niedziele i święta - ..... zł.

b) przez pielęgniara o specjalizacji ratunkowej :\*

- Cena brutto za jedną godzinę - ..... zł.

5. Informacje dodatkowe:

.....  
.....

6. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr ..... (wpisać właściwy) 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 wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy.

---

\* niepotrzebne skreślić

9. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....
- (4) .....
- (5) .....
- (6) .....
- (7) .....

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć 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 pielęgniarke i położnej/~~ ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2019 poz. 993 z późn. zm.)\*\*. 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

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

**INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA DLA OFERENTÓW (PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE) DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z MONITORINGIEM WIZYJNYM CCTV**

**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:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, z siedzibą przy ul. Poznańskiej 109, 66-300 Międzyrzecz**, reprezentowany przez Dyrektora Szpitala. NIP: 596-15-22-446, REGON: 00029013, tel. Sekretariat: 95 7428700, fax. 95 7428701, e-mail: [sekretariat@obrzyce.eu](mailto:sekretariat@obrzyce.eu)
2. Przetwarzanie danych osobowych w systemie monitoringu wizyjnego odbywa się w związku z uprawnieniami jakie przysługują Administratorowi danych.
3. Osoby, których wizerunek został zarejestrowany w systemie monitoringu, mają prawo do: kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, z wykonywaniem praw przysługujących na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz w sprawach związanych z ogólnymi zasadami funkcjonowania monitoringu w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.
4. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: nr tel. 95 7428 823; e-mail: [iod@obrzyce.eu](mailto:iod@obrzyce.eu)
5. Szczegółowa informacja dotycząca stosowania monitoringu wizyjnego CCTV w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu znajduje się w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Szpitala: [www.obrzyce.eu](http://www.obrzyce.eu) w zakładce Ochrona Danych Osobowych.

\* niepotrzebne skreślić

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