

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE:

1. Świadczenia udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych lub kardiologii w Oddziale Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej obejmujące m.in.:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach od 7:30 do 15:00,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:30 dnia następnego,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni ustawowo wolne od pracy i święta – przez całą dobę, tj. od godziny 7:30 do 7:30 dnia następnego,

**Nazwa Oferenta

.....

**Adres Oferenta z kodem

**PESEL:

**Nr telefonu komórkowego

**REGON

**NIP

**Nazwa banku oraz nr rachunku

.....

**pola obowiązkowe

Oświadczam, że:

- nie zalegam z opłacaniem podatków albo zawarłem porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami albo uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
- nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo zawarłem porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami albo uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
- nie byłem karany za żadne przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

.....
data, podpis i pieczęć Oferenta

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE:

1. Świadczenia udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych lub kardiologii w Oddziale Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej obejmujące m.in.:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach od 7:30 do 15:00,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach od 15:00 do 7:30 dnia następnego,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni ustawowo wolne od pracy i święta – przez całą dobę, tj. od godziny 7:30 do 7:30 dnia następnego,

WYSZCZEGÓLNIENIE/ PRODUKT ZGODNY Z OGŁOSZENIEM W DANYM ZAKRESIE	CENA BRUTTO W zł za 1 godz / % wartości zrealizowanych świadczeń
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach od 7:30 do 15:00	zł/1h
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach od 15:00 do 7:30 dnia następnego oraz w dni ustawowo wolne od pracy i święta od 7:30 do 7:30 dnia następnego	zł/1h

Deklarowana liczba godzin w miesiącu w godzinach od 7:30 do 15:00.....

Deklarowana liczba godzin w miesiącu w godzinach od 15:00 do 7:30, od 7:30 do 7:30.....

.....
Data, podpis i pieczęć Oferenta

pieczęć Oferenta

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń,
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numeru telefonu przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku dla potrzeb przeprowadzenia konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, nie będę udzielał/ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w Szpitalu.

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis i pieczęć Oferenta

Białystok, dnia

Imię i nazwisko

.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego - Rejestr Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000003421, NIP: 542-25-29-292, REGON: 050657729.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, odpowiedzialnym za przestrzeganie ochrony danych osobowych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku jest możliwy za pośrednictwem poczty e-mail pod adresem: iodo@sniadecja.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody, w celu niezbędnym do przeprowadzenia konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.
- 4) Dane osobowe mogą być ujawnione upoważnionym przez Administratora pracownikom, podmiotom zewnętrznym świadczącym na rzecz Administratora usługi, w tym usługi techniczne i organizacyjne, usługi w zakresie prowadzenia poczty elektronicznej, a także innym podmiotom/osobom/organom w zakresie i na zasadach określonych przepisami prawa.
- 5) Pani/Pana dane nie będą przekazywane do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z uzyskaną zgodą na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu oraz realizację umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, a następnie przechowywane zgodnie z instrukcją kancelaryjną Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, nie dłużej niż przez okres pięciu lat, od początku roku następującego po roku, w którym odbyło się postępowanie konkursowe.
- 8) Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
- 9) W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje Pani/Panu prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych, przeniesienia danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
- 10) Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 11) Przysługuje Pani w dowolnym momencie prawo do cofnięcia zgody bez wpływu na zgodność prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 12) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestniczenia w rekrutacji przeprowadzonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

Zapoznałam/łem się z powyższą instrukcją i ją rozumiem:

.....
(data i podpis kandydata uczestniczącego w rekrutacji)

Klauzula zgody

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku,

.....
(data i podpis)

.....
pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIE

Zakres udzielanych świadczeń:

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Lista osób udzielających świadczeń w ramach umowy z Oferentem:

Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Specjalizacja zakończona/w trakcie (data ukończenia specjalizacji/data otwarcia specjalizacji)

Każda wskazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w Szczegółowych Warunkach Konkursu w pkt VI ust. 1 pkt 3-7.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć Oferenta

Imię i nazwisko

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numeru telefonu przez SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem oraz na podstawie przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzonego przez Szpital harmonogramu.

3. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, nie będę udzielał (ła) innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w Szpitalu.

Podpis Oferenta