

.....

pieczęć oferenta

***Formularz ofertowy***

**KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE**

.....

1. Nazwa Oferenta .....
2. Adres Oferenta .....
3. Nr telefonu komórkowego .....
4. Adres e-mail .....
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej .....
6. REGON .....
7. NIP .....
8. Okres obowiązywania polisy .....

.....

***(podpis i pieczęć Oferenta)***

**Formularz ofertowy**

**KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE**

.....

| <b>WYSZCZEGÓLNIENIE/ PRODUKT</b><br><b>zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie</b> | <b>CENA / WARTOŚĆ BRUTTO W ZŁ</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|                                                                                  |                                   |
|                                                                                  |                                   |
|                                                                                  |                                   |

**1. Miejsce udzielania świadczeń .....**

\*niepotrzebna skreślić

.....

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

**OŚWIADCZENIE**

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem 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.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.*
5. *Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.*
6. *Spełniam / Nie spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.<sup>1</sup>*

.....

**(miejscowość, data)**

.....

**(podpis i pieczęć Oferenta)**

---

<sup>1</sup> Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienie.

.....

***(miejscowość, data)***

.....

***(podpis i pieczęć Oferenta)***

.....

pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE**

**Zakres udzielanych świadczeń:.....**

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personelu 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:***

| <b><i>Imię i nazwisko</i></b> | <b><i>Nr prawa wykonywania zawodu</i></b> | <b><i>Specjalizacja</i></b> | <b><i>Specjalizacja zakończona / w trakcie ( data ukończenia specjalizacji/ data otwarcia specjalizacji)</i></b> |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |                                           |                             |                                                                                                                  |
|                               |                                           |                             |                                                                                                                  |
|                               |                                           |                             |                                                                                                                  |
|                               |                                           |                             |                                                                                                                  |

***Każda wykazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w SIWZ w pkt. VI ppkt. 4,7.***

.....

***(miejscowość, data)***

.....

***(podpis i pieczęć Oferenta)***

Imię i nazwisko: .....

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach 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 w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

***Podpis Pielęgniarki .....***

***Podpis Oferenta .....***

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Oświadczam, że:**

- odpisy potwierdzające wpis do właściwych rejestrów – wpis do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Ewidencji Działalności Gospodarczej,
- dyplom ukończenia studiów,
- kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki,
- dyplom uzyskania specjalizacji (gdy wymagany),
- aktualne zaświadczenie lekarskie – badania profilaktyczne

zostały złożone w SP ZOZ Łapy, w Konkursie na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na rok 2026, i stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....

***(miejscowość, data)***

.....

***(podpis i pieczęć Oferenta)***

**Klauzula informacyjna**

**Informacja Administratora w związku z przetwarzaniem danych osobowych – zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (zwanego dalej RODO)**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach, reprezentowany przez Dyrektora, ul. Janusza Korczaka 23, 18-100 Łapy, NIP 9661319909, tel. 85 814 24 38, <https://szpitallapy.pl/>, sekretariat@szpitallapy.pl
2. Administrator, zgodnie z art. 37 ust. 1 lit. a) RODO, powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować pod adresem poczty elektronicznej sekretariat@szpitallapy.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane:
  - 1) w celach związanych z zatrudnieniem, w szczególności na potrzeby realizacji obowiązków służbowych, a także wykonywania przez pracodawcę obowiązków pracodawcy, płatnika składek i zaliczek na podatek dochodowy, w oparciu o przepisy prawa, w szczególności przepisy prawa podatkowego, prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, w tym również na potrzeby ustalenia zdolności do pracy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO;
  - 2) w związku z dochodzeniem/obroną roszczeń, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO jako uzasadniony interes administratora danych.
4. Odbiorcami danych osobowych mogą być banki, firmy ubezpieczeniowe, dostawcy usług pocztowych i kurierskich, dostawcy usług informatycznych Administratora, obsługa prawna i informatyczna administratora oraz inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa (US, ZUS).
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres zatrudnienia, a następnie przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym stosunek pracy uległ rozwiązaniu lub wygasł. Dane przetwarzane w związku z dochodzeniem roszczeń będą przetwarzane do czasu przedawnienia roszczeń.
6. Ma Pan/i prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do żądania przenoszenia danych.
7. Gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza powszechnie obowiązujące przepisy w tym zakresie, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych w celu określonym w ust. 3 pkt. 1 jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa pracy i o ubezpieczeniu społecznym i ich podanie jest obowiązkowe do realizacji celów związanych z zatrudnieniem. Konsekwencja niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zatrudnienia.
9. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.

.....  
**(podpis Oferenta)**