**Znak sprawy: 7/2024 …………………….., dn. ……………………………**

***FORMULARZ OFERTY***

Ja niżej podpisany (a) …………………………………………………………………………………………………………….………………….…

zamieszkały (a) w ……………………………………………………………….………………………………….…………………………………….

przy  ul. …………………..………….........................………………………………………………….…………………………………………….

Tel…………………………………….e-mail:…………………………………………………………………………………………………………….…

Prawo wykonywania zawodu ………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

Imiona rodziców ………………………………………………………………………………………………………………………….………………

Nazwisko rodowe …………………………………………………………………………………………………………………….………….………

*W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert s*kładam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SPZOZ w Kielcach w Poradni …………………………………………………………………..

- wynagrodzenie w wysokości ………………………… za 1 pkt rozliczeniowy z NFZ

(słownie………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….)

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia

1. Oświadczam, że posiadam staż zawodowy związany z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem konkursu wynoszący………………
2. Forma zatrudnienia/rodzaj umowy (podkreślić właściwe):

- umowa zlecenie

- umowa kontraktowa (własna działalność gospodarcza)

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłem(am) konieczne informacje do przygotowania oferty i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Dyrektora Szpitala.
2. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie 30 dni od jej podpisania, kopii polisy ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, z rozszerzeniem na wirusowe zapalenie wątroby i wirusa HIV.
3. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu lekarza.

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty (kopie, niepotrzebne skreślić):

1. świadectwo/dyplom potwierdzający ukończenie szkoły/uczelni dającej uprawnienia do wykonywania zawodu;
2. prawo wykonywania zawodu;
3. dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty
4. zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (wydruk księgi rejestrowej);
5. wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
6. aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia;
7. aktualne orzeczenie sanitarno-epidemiologiczne;
8. zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP;
9. kopia polisy OC;
10. zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie niekaralności dot. przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 kk oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione w przepisach prawa obcego – kartoteka karna i kartoteka nieletnich;
11. Oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkania.

………………………………………                            ……………………………………..…………

/data sporządzenia oferty/                           /PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ w Kielcach, ul. W. Szczepaniaka 23, 25-118 Kielce. Z Administratorem można się kontaktować na wskazany adres, telefon nr 41 330-34-10 lub e-mail: [wsplkielce@gmail.com](mailto:wsplkielce@gmail.com)
2. Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 41 330-34-10 lub adresem email: iodo@wspl.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z właściwymi przepisami Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zawarcia umowy na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz jej realizacji, a także udokumentowania postępowania i jego archiwizacji.
4. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, hosting, obsługę poczty oraz innym podmiotom lub organom publicznym, wyłącznie w przypadkach wskazania właściwej podstawy prawnej. Ponadto Pani/Pana dane udostępniane są zainteresowanym na podstawie właściwych przepisów Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. W przypadku postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez 5 lat. Natomiast umowy z przyjmującymi zamówienie wraz z dokumentacją dotyczącą ich realizacji przechowywane będą przez 10 lat. Okres przechowywania liczony jest od 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.
6. Uwzględniając ograniczenia wynikające z przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania lub uzupełnienia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Obowiązek podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych wynika z Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konsekwencje niepodania danych wynikają z wymienionych ustaw.