Załącznik nr 1 do SWKO

**Formularz ofertowy**

1. **Dane identyfikujące Oferenta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nazwa Oferenta |  |
|  | Adres siedziby |  |
|  | NIP |  |
|  | REGON |  |
|  | Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |  |
|  | Nr polisy ubezpieczenia OC |  |
|  | Kontakt (telefon oraz e-mail) |  |

1. **Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Zakres świadczeń zdrowotnych lub dziedzina medycyny |  |
| 2. | Proponowany harmonogram pracy lub dostępność godzinowa |  |

1. **Wynagrodzenie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Forma wynagrodzenia (np. ryczałt, stawka godzinowa) | Stawka godzinowa |
| 2. | Kwota wynagrodzenia brutto |  |

Starogard Gdański, dnia …………………….r.

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

*(podpis Oferenta lub pełnomocnika Oferenta)*

1. **Osoby wykonujące zawód medyczny, które będą uczestniczyć w realizacji Zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1a. | Imię i nazwisko oraz rodzaj wykonywanego zawodu medycznego |  |
| 1b. | Nr prawa wykonywania zawodu |  |
| 1c. | Posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje |  |
| 2a. | Imię i nazwisko oraz rodzaj wykonywanego zawodu medycznego |  |
| 2b. | Nr prawa wykonywania zawodu |  |
| 2c. | Posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje |  |
| 3a. | Imię i nazwisko oraz rodzaj wykonywanego zawodu medycznego |  |
| 3b. | Nr prawa wykonywania zawodu |  |
| 3c. | Posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje |  |

Starogard Gdański, dnia ………………………..

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

*(podpis Oferenta lub pełnomocnika Oferenta)*

*Pouczenie:*

*W razie większej liczby osób* *wykonujących zawód medyczny, które będą uczestniczyć w realizacji Zamówienia, osoby te wpisuje się na kolejnych egzemplarzach tej strony Formularza ofertowego.*

1. **Oświadczenia Oferenta:**

Oświadczam, że

1. zapoznałem się z treścią: Ogłoszenia, SWKO oraz projektu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuje ich postanowienia w całości;
2. znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym Ofertą określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.);
3. żadna z osób wykonujących zawód medyczny, które będą uczestniczyć w realizacji Zamówienia, nie została skazana prawomocnym wyrokiem karnym lub orzeczeniem dyscyplinarnym, a także nie zachodzą w stosunku do niej inne ograniczenia wykonywania zawodu.

**Informacja Administratora Danych Osobowych**

Wypełniając obowiązek informacyjny 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, zwanego dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą   
   w Starogardzie Gdańskim. Możesz się z nami kontaktować:
2. listownie na adres: 83-200 Starogard Gdański, ul. dra Józefa Balewskiego 1,
3. przez e-mail: [sekretariat@szpital-starogard.pl](mailto:sekretariat@szpital-starogard.pl),
4. telefonicznie: 585623031
5. Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych w następujący sposób:
6. listownie na adres: 83-200 Starogard Gdański, ul. dra Józefa Balewskiego 1,
7. przez e-mail: [iod@szpital-starogard.pl](mailto:iod@szpital-starogard.pl),
8. Dane będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Administratora wymaganej przepisami prawa dokumentacji kadrowej. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz w związku z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy, ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika, art. 6 ust. 1 lit. a, jako zgody na wykorzystanie prywatnego numeru telefonu oraz adresu e-mail do kontaktu w sprawach służbowych oraz art. 6 ust. 1 lit. f, jako niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora. Podstawą przetwarzania danych w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ochrony żywotnych interesów pracownika, może być również art. 6 ust. 1 lit. d RODO.
9. Odbiorcami Twoich danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Urząd Skarbowy, Państwowa Inspekcja Pracy, Medycyna Pracy.
10. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (państwa spoza Unii Europejskiej) oraz organizacji międzynarodowej.
11. Dane osobowe będą przechowywane w dokumentacji kadrowej przez okres 50 lat, a w pozostałych przypadkach do ustania przyczyn biznesowych oraz do momentu odwołania zgody.
12. Masz prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania i do przenoszenia danych.
13. Przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jesteś zobowiązany do podania danych,   
    a konsekwencją ich niepodania może być brak możliwości zatrudnienia.
15. Twoje dane nie będą poddane zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Starogard Gdański, dnia ……………………r.

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

*(podpis Oferenta lub pełnomocnika Oferenta)*