**FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH**

**PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO**

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert **na udzielanie świadczeń** i wzorem umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, niniejszym składam swoją ofertę na wykonywanie usług medycznych na zasadach podanych w ogłoszeniu:



**Forma zatrudnienia**

* **Kontrakt**
* **Umowa zlecenie**

**Miejsce wykonywania usługi**

* **Izba Przyjęć**
* **Nocna i Świąteczna pomoc w ramach POZ**
* **Dział Ratownictwa Medycznego**
* **Transport Sanitarny**

1. Dane oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa firmy  Pieczątka, która zwiera adres prowadzonej działalności, NIP i REGON |  |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
|  |  |

**Oferent posiada kwalifikacje:**

* **Wykształcenie:**
* Średnie
* Wyższe:
  + Licencjat
  + Magister
* **Specjalizacja:** ………………………………………………………………………………………………………
* **Kursy/szkolenia:**
* ………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………….
* ………………………………………………………………………………………………………………….
* …………………………………………………………………………………………………………………

**W okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizowałam/-em świadczenia zdrowotne będące przedmiotem zamówienia:**

❑ TAK

❑ NIE

1. **Proponowany czas świadczenia usług i wynagrodzenie**

**Deklarowana liczba godzin**

* …………………………………………………………………………………….…………. godzin miesięcznie

**Deklarowana kwota za godziny pracy**

□ Izba Przyjęć - kwota brutto za 1 godzinę brutto .………………………………………………………………

□ Nocna i Świąteczna pomoc w ramach POZ -kwota brutto za 1 godzinę brutto ……………………………

□ Dział Ratownictwa Medycznego -kwota brutto za 1 godzinę brutto……………………………..………..…... ………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….……………………

□ Transport Sanitarny - kwota brutto za 1 godzinę brutto……………………………….………………………

**Dopuszczam możliwość wprowadzenia zmian w harmonogramie udzielanych świadczeń według potrzeb Udzielającego zamówienia:**

❑ TAK

❑ NIE

1. Okres obowiązywania umowy: od ……..…-……...…-…..….. do…..……-……...…-…..…..

Oświadczam, że:

1. świadczenia wykonywane będą w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie, przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
2. nie wnoszę zastrzeżeń do treści ogłoszenia, projektu umowy oraz posiadam niezbędne informacje do sporządzenia oferty,
3. jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
4. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
5. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia, w związku z czym gwarantuję wykonanie całości zamówienia zgodnie z ofertą,
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach złożonych przeze mnie w celu przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie
7. zapoznałem się z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielenie zamówienia,
8. spełniam wymagania w zakresie zatrudnienia wynikające z ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1802).

Załączniki w postaci kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, tj.:

* wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
* wpis do ewidencji działalności gospodarczej CEIDG
* dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu
* dyplom ukończenia szkoły
* dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji/specjalizacji osób, które będą wykonywały świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu ofert
* zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pracy
* aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP
* zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego
* aktualna polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC
* zostały złożone Udzielającemu Zamówienia przy zawarciu poprzedniej umowy i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie\*
* lub stanowią załącznik do niniejszej oferty\*.

……………………………………. ………………………………………..

(miejscowość i data) (pieczątka, podpis)

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (RODO)**

Niniejszym na podstawie art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym oraz we wszelkich innych dokumentach składanych przez Panią/Pana w ramach **konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie** jest **Szpital Powiatowy w Kętrzynie przy ul. M. C. Skłodowskiej 2, 11-400 Kętrzyn**, zwany dalej „Administratorem”.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Dane do kontaktu z inspektorem: iod@szpital-ketrzyn.pl lub adres korespondencyjny: Szpital Powiatowy w Kętrzynie przy ul. M. C. Skłodowskiej 2,11-400 Kętrzyn z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit a i b 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 - Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1, zwanego dalej RODO.
4. Dane osobowe zawarte będą przetwarzane w celu nawiązania współpracy na zasadach opisanych w ogłoszeniu **konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie**, w szczególności w celu weryfikacji kopii dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje zawodowe oraz potwierdzających przebieg dotychczasowego zatrudnienia.
5. Przekazane dane osobowe będą przetwarzane do czasu rozstrzygnięcia konkursu ofert. Dane osób, z którymi nie zostanie zawarta umowa można odebrać w ciągu siedmiu dni po ogłoszeniu wyników w siedzibie Administratora. W przypadku nieodebrania złożonych dokumentów, dane w nich zawarte nie będą dalej przetwarzane, a dokumenty zostaną zniszczone.
6. Osoba odpowiadająca na zamieszczone ogłoszenie o współpracy nie jest obowiązana do podania wskazanych w nim danych osobowych, jednakże ich podanie jest warunkiem umożliwiającym ubieganie się o nawiązanie współpracy ze Szpitalem Powiatowym w Kętrzynie.
7. Zgoda na przetwarzanie danych musi być złożona dobrowolnie oraz świadomie. Forma złożenia zgody musi jednoznacznie to wskazywać, z tego względu, dla celów dowodowych preferowana jest zgoda wyrażona w postaci pisemnej. Zgoda na przetwarzanie danych może być w dowolnym momencie wycofana, a jej wycofanie nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Dane pozyskane na potrzeby nawiązania współpracy nie będą przekazywane innym odbiorcom.
9. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Osobie, która przekazała dane w związku z zamiarem nawiązania współpracy, zgodnie z przepisami RODO, przysługuje prawo do:
11. dostępu do jej danych osobowych przez okres ich przetwarzania,
12. żądania niezwłocznego sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe, a także prawo żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, w tym poprzez przedstawienie dodatkowego oświadczenia,
13. żądania od niezwłocznego usunięcia dotyczących jej danych osobowych. Wniesienie żądania usunięcia danych jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w procesie rekrutacji prowadzonym przez Szpital Powiatowy w Kętrzynie,
14. żądania ograniczenia przetwarzania w przypadku, gdy kwestionuje ona prawidłowość zebranych danych osobowych na okres pozwalający sprawdzić nam prawidłowość tych danych,
15. wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących jej danych osobowych,
16. zgodnie z art. 77 RODO, osobie która przekazała dane w związku z zamiarem nawiązania współpracy przysługuje prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie jej danych osobowych.

……………………………………. ………………………………………..

(miejscowość i data) (podpis)