

## OFERTA

### na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Ambulatoryjno – Wyjazdowym POZ (lekarz)

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 1.  | Imię i nazwisko   |  |
| 2.  | PESEL   |  |
| 3.  | Adres zamieszkania  |  |
| 4.  | Adres do korespondencji   |  |
| 5.  | Telefon   |  |
| 6.  | Adres e-mail  |  |
| 7.  | NIP   |  |
| 8.  | REGON   |  |
| 9.  | Numer prawa wykonywania zawodu i data wydania   |  |
| 10. | Nr księgi rejestrowej   |  |
| 11. | Nazwa praktyki  |  |
| 12. | Adres praktyki  |  |
| 13. | Nazwa i stopień posiadanej specjalizacji z datą wydania dyplomu lub nazwa odbywanej specjalizacji z datą rozpoczęcia specjalizacji, w innym przypadku proszę wpisać „bez specjalizacji” |  |

#### Dyspozycyjność:

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | Liczba proponowanych godzin przez Przyjmującego Zamówienie (poniedziałek-piątek 18.00 -8.00) |  |
| 2. | Liczba proponowanych godzin przez Przyjmującego Zamówienie (soboty, niedziele i święta)      |  |

#### Kompetencje

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | Doświadczenie w nocnej i świątecznej pomocy od 5 do 10 lat |  |
| 2. | Doświadczenie w nocnej i świątecznej pomocy powyżej 10 lat |  |
| 3. | Znajomość programu AMS i MMEDICA                           |  |

**Propozycja cenowa oferenta za 1 godzinę udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia:**

|  |                |
|--|----------------|
| od poniedziałku do piątku w godz. 18.00 - 8.00 brutto                                | ..... zł/godz. |
| w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w godz. 8.00 - 8.00 brutto | ..... zł/godz. |

**Oświadczenia:****WARUNKI:**

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zapoznałam(em) się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu oraz Regulaminem postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach.
3. Zapoznałem się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych.
4. Posiadam wiedzę, umiejętności i uprawnienia do realizacji zamówienia oraz udzielam świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej, w sposób rzetelny oraz z należytą starannością.
5. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

**UMOWA:**

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję jej postanowienia, oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.

**INNE:**

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienia na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach oferuję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym SWK.

Załącznikami do oferty są:

|   |           |
|---|-----------|
| - CV;   | Str. .... |
| - Aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej; | Str. .... |
| - Kopia dyplomu   | Str. .... |
| - Dyplom specjalizacji/dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji                                    | Str. .... |
| - PWZ   | Str. .... |
| - Księga Rejestrowa   | Str. .... |
| - Kopia polisy OC lub oświadczenie o jej dostarczeniu   | Str. .... |
| - Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia   | Str. .... |
| - Oświadczenie o znajomości programów   | Str. .... |

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Oferta z załącznikami zawiera łącznie: ..... ponumerowanych stron

**WOJEWÓDZKIE POGOTOWIE RATUNKOWE  
W KATOWICACH**

ul. Powstańców 52, 40-024 Katowice  
tel.: (32) 609-31-40, fax: (32) 609-31-54  
[www.wpr.pl](http://www.wpr.pl), e-mail: [wpr@wpr.pl](mailto:wpr@wpr.pl)



**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach, z siedzibą w Katowicach, **ul. Powstańców 52, 40-024 Katowice, tel. 32 609 31 40**, fax: 32 609 31 54, [wpr@wpr.pl](mailto:wpr@wpr.pl).
2. **W Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można skontaktować pod adresem, e-mail: [iod@wpr.pl](mailto:iod@wpr.pl)**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
  - art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do zawarcia lub wykonania umowy;
  - art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikających m.in. z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
  - art. 6 ust. 1 lit. a) RODO tj. na podstawie zgody udzielonej w celach określonych każdorazowo w przekazywanych formularzach zgody,
4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą udostępniane na podstawie obowiązujących przepisów prawa upoważnionym podmiotom, w szczególności organom ścigania i wymiaru sprawiedliwości, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w ramach umów podwykonawstwa oraz podmiotom upoważnionym na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych. Pani/Pana dane osobowe w wersji elektronicznej będą przekazywane także do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, którego administratorem jest właściwy minister do spraw zdrowia.
5. Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach *nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.*
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z wyżej wymienionych aktów prawnych a także zgodnie z terminami określonymi zarządzeniem Dyrektora Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach *w sprawie wprowadzenia do stosowania Jednolitego rzeczowego wykazu akt.*
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem – w granicach określonych przepisami prawa. Posiada Pani/Pan także prawo do usunięcia danych udostępnionych na podstawie zgody. W celu skorzystania z praw, o których mowa należy skontaktować się z administratorem lub inspektorem ochrony danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność zawarcia i realizacji umowy z Wojewódzkim Pogotowiem Ratunkowym w Katowicach.
9. Gdy uzna Pan/Pani, iż WPR w Katowicach, jako administrator danych, przetwarza je w sposób naruszający przepisy RODO ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami:

Data, podpis: .....

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię i nazwisko Oferenta .....

**Oświadczenie**

Jako Oferent w konkursie ofert oświadczam, że:

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza w ramach udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne, umożliwiającą należyte wykonywanie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia oraz pozwalający na przenoszenie pacjentów;
3. Zapewnię kompleksowość, ciągłość i najwyższą jakość świadczeń będących przedmiotem konkursu a świadczenia zdrowotne udzielać będę z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką lekarską oraz z poszanowaniem praw pacjenta i interesów Udzielającego zamówienia;
4. Zobowiązuję się do posiadania przez cały okres realizacji zamówienia polisy OC podmiotu leczniczego;
5. Załączone do oferty kserokopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**Jednocześnie oświadczam, że przedłożę na żądanie Udzielającego zamówienia stosowne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające złożone oświadczenia.**

.....  
*Data, czytelny podpis i pieczęć Oferenta*

.....

(miejsowość, data)

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię i nazwisko Oferenta .....

**Oświadczenie o spełnieniu wymogów w zakresie postępowania konkursowego**

Oświadczam, że:

Prawo wykonywania zawodu

Dyplom .....

Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą o prowadzeniu działalności w formie indywidualnej specjalistycznej lub indywidualnej praktyki lekarskiej,

inne .....

zostały złożone do Udzielającego zamówienie w poprzednich postępowaniach konkursowych i są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....

*Data, czytelny podpis, pieczętka imienna Oferent*

\*Właściwe zakreślić wstawiając X

