

## OFERTA

### na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Ambulatoryjno – Wyjazdowym POZ (pielęgniarka/pielęgniarz)

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienia na udzielanie przez pielęgniarkę/pielęgniarza 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 SWKO.

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 (ilość lat)	
2.	Znajomość programu AMS i MMEDICA (tak/nie)	

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

- ..... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole POZ od poniedziałku do piątku w godzinach 18.00-8.00 oraz w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy,
- ..... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole POZ od poniedziałku do piątku w godzinach 18.00-8.00 oraz w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy w miejscu zamieszkania lub czasowego pobytu pacjenta przy użyciu środka transportu Udzielającego Zamówienia,

**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. Spełniam wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach.
6. 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:**

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

Załącznikami do oferty są:

- CV;
- Aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej;
- Kopia dyplomu pielęgniarki;
- Dyplom specjalizacji/dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji;
- Prawo Wykonywania Zawodu ;
- Wpis do rejestru wykonujących działalność leczniczą ;
- Kopia polisy OC lub oświadczenie o jej dostarczeniu;
- Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia;
- Oświadczenie o znajomości programów;

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

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

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

#### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OFERENTÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM

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.
4. art. 6 ust. 1 lit. a) RODO tj. na podstawie zgody udzielonej w celach określonych każdorazowo w przekazywanych formularzach zgody,
5. 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.
6. Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach *nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.*
7. 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.*
8. 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.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność zawarcia i realizacji umowy z Wojewódzkim Pogotowiem Ratunkowym w Katowicach.
10. 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.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami:

Data, podpis: .....

.....

podpis oferenta