



FORMULARZ OFERTOWY

1 Dane oferenta

Nazwa oferenta (w brzmieniu podanym w CEIDG)		
Kod pocztowy i miejscowość	Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność	
Nr PESEL	Nr NIP	Nr REGON
Nr telefonu kontaktowego		Adres email oferenta
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
Wykształcenie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjat) <input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magister) <input type="checkbox"/> kurs KPP	Staż pracy na dyspozytorni jako ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu/położna/ratownik po kursie: <input type="checkbox"/> 0-5 lat <input type="checkbox"/> 5-10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat	

2 Oferuję udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako dyspozytor transportu medycznego.

3 Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi

4 Deklarowana stawka za godzinę udzielania świadczeń

5 Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć krzyżykiem):

<input type="checkbox"/> Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <input type="checkbox"/> PWZ <input type="checkbox"/> Wydruk Księgi Rejestrowej <input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie* <input type="checkbox"/> Kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe	UWAGA: Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym spowoduje odrzucenie oferty. * Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie dokumentów lub oświadczeń o ich dostarczeniu do dnia podpisania umowy.
--	---

<input type="checkbox"/> Kopia polisy ubezpieczeniowej OC w sprawie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą <u>lub</u> oświadczenie jej dostarczeniu	UWAGA: Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie polisy lub oświadczenia o jej dostarczeniu do dnia podpisania umowy.
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie o niekaralności	UWAGA: Zaświadczenie o niekaralności musi być w dniu składania oferty.

OŚWIADCZENIA:

WARUNKI:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zapoznałam(em) się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert 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 należyłą 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:

- 1 Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy, oświadczenia o pozyskaniu informacji o szkodliwościach, uciążliwościach i zagrożeniach przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych występujących u Udzielającego Zamówienie.
- 2 Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta

Klauzula RODO

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 7 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 podanych w formularzu oferty 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.**
2. **W Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można skontaktować się pod nr tel.: 32 609 31 26, e-mail: iod@wpr.pl.**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
 - art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do zawarcia umowy,
 - art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z udzieleniem zamówienia w trybie art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą udostępniane na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa upoważnionym podmiotom. Informacje o wybranych oferentach będą publikowane na stronie internetowej Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach.
6. Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach *nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.*
7. W przypadku gdy Pani/Pana oferta nie zostanie wybrana, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach przez 30 dni od dnia zakończenia postępowania konkursowego.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia przetwarzania. 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 obowiązkowe. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udziału w postępowaniu konkursowym.
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.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferent

OŚWIADCZENIE

o pozyskaniu informacji o szkodliwościach, uciążliwościach i zagrożeniach przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych występujących u Udzielającego Zamówienie.

.....

data i miejscowość

.....

podpis oferent