



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 postępowania 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;
- Zaświadczenie o niekaralności



Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

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

Oferta z załącznikami zawiera łącznie: ponumerowanych stron.

.....

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,
2. **40-024 Katowice, tel. 32 609 31 40, fax: 32 609 31 54, wpr@wpr.pl.**
3. **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 obligatoryjne. 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.

.....
podpis oferent

.....
data i miejscowość



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, umożliwiające 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 należyłą 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, pieczęć imienna Oferent

*Właściwe zakreślić wstawiając X



OŚWIADCZENIE

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

.....
.....

data i miejscowość

podpis oferent

