



Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach
Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach
przez**

lekarza

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane oferenta

| | | |
|--|------|---------------------------------|
| Nazwa działalności gospodarczej (w brzmieniu podanym w CEIDG/rejestrze): | | |
| Imię: | | Nazwisko: |
| PESEL: | NIP: | REGON: |
| Data i miejsce urodzenia | | |
| Adres działalności gospodarczej: | | |
| Adres (do korespondencji) lub j.w.: | | |
| E-mail: | | |
| Telefon: | | Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako

lekarz systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego

3. Wymagania – potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem:

| | |
|---|--------------|
| Odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej | Strona |
| Wydruk Księgi Rejestrowej | Strona |
| Badanie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy | Strona |
| PWZ | Strona |



| | |
|------------------------------------|--------------|
| Kserokopia polisy ubezpieczeniowej | Strona |
|------------------------------------|--------------|

4. Kwalifikacje zawodowe - Wykształcenie - potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem (kryterium kwalifikacje):

| | |
|---------------------------|--------------|
| Dyplom ukończenia studiów | Strona |
| Specjalizacja | Strona |

5. Cena świadczenia zdrowotnego : Cena 1 godziny (kryterium cena):

| | |
|---|-------|
| za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych ZRM | |
|---|-------|

6. Oświadczenia dotyczące ilości godzin (kryterium dyspozycyjność):

| | |
|--|-------|
| Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej minimalnej ilości godzin w wymiarze miesięcznym ZRM | |
|--|-------|

7. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych *zaznaczyć jeden rejon:

| | |
|----------------------------|--|
| ZACHODNI REJON OPERACYJNY | |
| CENTRALNY REJON OPERACYJNY | |

8. OŚWIADCZENIA:

WARUNKI:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Zapoznałam(em) się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu oraz Regulaminem postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach.
3. Zapoznałem się z rodzajem zamawianych świadczeń opieki zdrowotnej.
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 opieki zdrowotnej 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; - Aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy lub oświadczenie o jego dostarczeniu; |
| - Kopia dyplomu; - Dyplom specjalizacji/dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji; - PWZ; - Księga Rejestrowa; |
| - Kopia polisy OC lub oświadczenie o jej dostarczeniu. |
| - Zaświadczenie o niekaralności lub oświadczenie o jego dostarczeniu. |

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie)

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



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.**
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**
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.



*Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach
Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu*

OŚWIADCZENIE

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

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferent