„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):		
Imię:	**Nazwisko:**	
PESEL:	**NIP:**	**REGON:**
Imiona rodziców:		
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 (zaznaczyć krzyżykiem)**

	lekarz systemu ZRM
	lekarz DTS

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

Wpis z CEIDG (wydruk)	Strona ….....
Wydruk Księgi Rejestrowej	Strona ……..
Badanie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy*obowiązkowo	Strona ……..
PWZ	Strona ……..
Kserokopia polisy ubezpieczeniowej/ Podpisane oświadczenie o ubezpieczeniu	Strona ….....

(data, podpis, pieczęć)

.....

4. **Kwalifikacje zawodowe -** Wykształcenie - potwierdzone dokumentami, które oferent uwierzytelnia za zgodność z oryginałem:

Dyplom ukończenia studiów	Strona ….....
Specjalizacja	Strona ….....

5. **Cena świadczenia zdrowotnego :** Cena 1 godziny:

za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych ZRM	……
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych Dział Transportu Sanitarnego	……

6. **Oświadczenia dotyczące ilości godzin:**

Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej minimalnej ilości godzin w wymiarze miesięcznym ZRM :	….....
Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej minimalnej ilości godzin w wymiarze miesięcznym DTS :	……..

7. **Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych:**

ZACHODNI REJON OPERACYJNY	
CENTRALNY REJON OPERACYJNY	
DZIAŁ TRANSPORTU SANITARNEGO	

8. **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.

(data, podpis, pieczęć)

……

***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:

- Aktualny wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej; - Aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy;
- Kopia dyplomu - Dyplom specjalizacji/dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji - PWZ - Księga Rejestrowa
- Kopia polisy OC lub oświadczenie o jej 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 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.
3. 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.
4. 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.
5. Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. 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.
7. 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.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udziału w postępowaniu konkursowym.
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.

(data, podpis, pieczęć)

……