



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

**LEKARZA/LEKARKĘ SYSTEMU W SPECJALISTYCZNYCH ZESPOŁACH RATOWNICTWA  
MEDYCZNEGO**

**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/lekarka 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)

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

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

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

**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	.....
--	-------

**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.
- Oświadczenie o niekaralności.

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](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.
  - 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 obowiązkowe. 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.



**OŚWIADCZENIE**

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

.....

data i miejscowość

.....

podpis oferent



Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe  
w Katowicach  
Dział Kadr i Płac

Katowice, dnia .....

### Oświadczenie o niekaralności

Ja niżej podpisana/y .....,  
zamieszkała/y .....,  
legitymująca/y się dowodem osobistym .....,  
wydanym przez .....

oświadczam, że:

- nie byłam/em karana/y za przestępstwo popełnione umyślnie lub przestępstwo skarbowe;
- nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;
- korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....  
(podpis pracownika)

\* Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

DYREKTOR  
Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego  
*[Signature]*  
KUR 354 P 231

RAJCA PRAWNY  
*[Signature]*  
Karolina Baron  
Kt 3095