

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Ambulatoryjno – Wyjazdowym POZ (pielęgniarka/pielęgniarz)**

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” lub posiadanego kursu kwalifikacyjnego, lub kursu szczepienia ochronne dla pielęgniarek (data uzyskania)	
14.	Nr prawa jazdy w przypadku składania oferty na udzielanie świadczeń w Ambulatorium POZ, przy jednoczesnym kierowaniu środkiem transportu, data wydania prawa jazdy.	

**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 – 10 lat	
2.	Znajomość programu AMS i MMEDICA	

**Propozycja cenowa oferenta za 1 godzinę udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienia:**

za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole POZ bez względu na dzień	.....
za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole POZ przy jednoczesnym kierowaniu środkiem transportu bez względu na dzień	.....

**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.

**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 odpis z właściwego rejestru lub 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
- Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia
- Oświadczenie o znajomości programów

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](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 się pod nr tel.: 32 609 31 26, 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 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.

Oferta z załącznikami zawiera łącznie: ..... ponumerowanych stron.

.....

podpis osoby uprawnionej