

## FORMULARZ OFERTOWY

### o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chorób Wewnętrznych SP ZOZ MSWiA w Koszalinie (Postępowanie nr 1L/ODDZ/2021)

Nazwa Oferenta .....

.....

Imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu osoby/osób, które będą wykonywać  
zamówienie.....

.....

.....

Adres Oferenta .....

Tel. ....

E-mail: .....

Mogę rozpocząć pracę w Oddziale Chorób Wewnętrznych od dnia .....

#### 1. Oferuję wykonanie zamówienia za kwotę :

- udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz  
w Izbie Przyjęć SP ZOZ MSWiA (**Zadanie A**) – dni robocze od 8<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>

Proponowana cena za 1 godzinę wykonywanej pracy brutto (umowa cywilno-prawna)	zł/godz.
lub proponowany ryczałt miesięczny brutto (umowa cywilno-prawna)	zł/miesiąc
lub proponowane wynagrodzenie brutto (umowa o pracę)	zł/miesiąc
Oferowana ilość dni udzielania świadczeń w Oddziale Chorób Wewnętrznych w tygodniu w godzinach od 8 <sup>00</sup> do 15 <sup>00</sup> w dni robocze (minimum 2 dni, maximum 5 dni)	dni/tygodniowo
Oferuję także świadczenie usług medycznych w Poradni Chorób Wewnętrznych lub innej poradni AOS	TAK / NIE

- pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz w Izbie Przyjęć SP ZOZ MSWiA w Koszalinie (**Zadanie B**)

<b>Zadanie B-1 DNI ROBOCZE</b>	
Proponowana cena za 1 godzinę pracy brutto od godziny 15.00 do godziny 8.00 dnia następnego (dyżur medyczny w dni robocze)	zł/godz.
Gwarantuję gotowość do wykonania w miesiącu następującej liczby dyżurów medycznych w dni robocze od 15:00 do 8:00	dyżurów/miesiąc
<b>Zadanie B-2 DNI INNE NIŻ ROBOCZE</b>	
Proponowana cena za 1 godzinę pracy brutto od godziny 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego (dyżur medyczny w dni wolne od pracy, niedziele i święta)	zł/godz.
Gwarantuję gotowość do wykonania w miesiącu następującej liczby dyżurów medycznych w dni wolne od pracy, niedziele i święta od 8:00 do 8:00 dnia następnego	dyżurów/miesiąc

- wykonywanie obowiązków Lekarza Kierującego Oddziałem Chorób Wewnętrznych SP ZOZ MSWiA w Koszalinie (**Zadanie C**)

Proponowana cena za 1 godzinę pracy brutto w tygodniu od 8 <sup>00</sup> do 15 <sup>00</sup> w dni powszednie (umowa cywilno-prawna)	zł/godz.
lub proponowany ryczałt miesięczny brutto (umowa cywilno-prawna)	zł/miesiąc
lub proponowane wynagrodzenie brutto (umowa o pracę)	zł/miesiąc

2. **Oświadczam, że wybieram formę zatrudnienia:**

- a) **działalność gospodarczą** TAK  / NIE  (zaznaczyć właściwe)

NIP..... REGON .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

b) **umowę cywilno-prawną** TAK  / NIE  (zaznaczyć właściwe)

jednocześnie oświadczam, że trakcie zatrudnienia będę posiadać także inny tytuł do ubezpieczenia społecznego (np. zatrudnienie w innym podmiocie na podstawie umowy o pracę bądź umowy zlecenia, z miesięcznym wynagrodzeniem brutto stanowiącym tam co najmniej kwotę minimalnego wynagrodzenia określonego ustawowo tj. 2 800 zł), i nie chcę zostać objęta dobrowolnym ubezpieczeniem w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie

TAK  / NIE  (zaznaczyć właściwe)

PESEL .....

c) **umowę o pracę** TAK  / NIE  (zaznaczyć właściwe)

do proponowanych cen brutto w celu porównania stawek ofertowych doliczone zostanie 19,91% stanowiące koszt składek ZUS Zamawiającego

PESEL .....

3. Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, a w przypadku osób w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.

.....  
data i podpis oferenta

.....  
Nazwa / Nazwisko i imię oferenta

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że miałam/łem możliwość zapoznania się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałam/łem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związana/ny ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy (nie dotyczy umowy o pracę):
  - kopii polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
  - kopii aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych,
  - kopii aktualnego badania do celów sanitarno-epidemiologicznych.
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami NFZ.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

.....  
data i podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
(dotycząca przetwarzania danych osobowych oferentów)

*Dane osobowe kandydatów ubiegających się o zatrudnienie w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie są zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej „RODO”*

**Administrator Danych Osobowych:**

SP ZOZ MSWiA w Koszalinie z siedzibą w Koszalinie przy ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin , tel. 943471670

**Inspektor Ochrony Danych:**

Inspektor Ochrony Danych SP ZOZ MSWiA w Koszalinie, ul. Szpitalna 2, 75-720 Koszalin

Kontakt: iod@poliklinika.koszalin.pl

**Cel przetwarzania danych osobowych:**

Wybór oferenta do udzielania świadczeń w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie.

**Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:**

1. obowiązek prawny ciążyący na administratorze, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. c RODO, wynikający z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.Dz.U.2020.295).
2. zgoda, o której mowa w art. 6 ust. 1 lit a RODO, w przypadku danych osobowych udostępnionych w sposób dobrowolny, których obowiązek przekazania nie wynika z wyżej wskazanych przepisów prawa. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w zakresie wymaganym przez przepisy prawa i stanowi warunek niezbędny do uczestnictwa w postępowaniu dotyczącego zatrudnienia w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości wzięcia udziału w postępowaniu.

Podanie danych osobowych w zakresie wykraczającym poza katalog danych wymaganych przez przepisy prawa jest dobrowolne i nie stanowi wymogu wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym.

**Odbiorcy danych osobowych;**

Członkowie komisji konkursowej powołanej przez Administratora, organy i podmioty upoważnione z mocy prawa.

**Okres przetwarzania danych osobowych:**

Do czasu zakończenia okresu rekrutacyjnego.

**Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:**

1. prawo dostępu do danych osobowych;
2. prawo do sprostowania danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo do usunięcia danych osobowych;
5. prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - w przypadku podania danych osobowych dobrowolnie.

**Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

W przypadku stwierdzenia naruszenia przepisów prawa w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)

**Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:**

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Informacja o przekazywaniu danych osobowych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Data, czytelny podpis oferenta .....