Znak sprawy: M/ 23 /2024 **Załącznik nr 1 do SWKO**
Sprawa: Marketing.5330.1.23.2024

Szczecin, dnia …….2023r.

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisany (a) ……..…

zamieszkały (a) przy ul.…….…….....

w ……. ……..
Tel……e-mail:…….……

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 109 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w poniższym zakresie (należy podkreślić wybrane zadanie)::*

Zadanie I
udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu czynności diagnostyczno-technicznych w Zespole Pracowni Medycyny Laboratoryjnej od poniedziałku do piątku oraz soboty, niedziele i święta w godzinach 07:00- 14:35, 14:35- 22:00, zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń

wynagrodzenie **brutto: ……..zł** za 1h wykonywania świadczeń zdrowotnych

słownie złotych:……. ……/h

Zadanie II
udzielanie świadczeń w zakresie wykonywania sekcji zwłok w Pracowni Patomorfologii, zgodnie z przyjętymi standardami i procedurami w tym zakresie, zgodnie z przyjętym harmonogramem

wynagrodzenie **brutto: ……..zł** za każdą przeprowadzoną sekcje zwłok

słownie złotych:……. ……/h

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłem(am) konieczne informacje do przygotowania oferty i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Komendanta Szpitala.
2. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu będącego przedmiotem konkursu.
3. Deklaruję liczbę …… godzin udzielania świadczeń w miesiącu.
4. Oświadczam, że posiadam staż zawodowy związany z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem konkursu wynoszący……
5. Forma zatrudnienia/rodzaj umowy (podkreślić właściwe):
   - umowa zlecenie
   - umowa kontraktowa (własna działalność gospodarcza)

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty (kopie):

a) ……..
b) ……..

…… /data sporządzenia oferty/

…… /PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych ujawnionych w przedmiotowym postępowaniu jest **109 Szpital Wojskowy z Przychodnią** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70 - 965 Szczecin. Z Administratorem można się kontaktować na wskazany adres, telefon nr 91 810 58 00 lub e-mail: sekretariat@109szpital.pl.
2. Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 91 810 59 40 lub adresem email: iodo@109szpital.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z właściwymi przepisami Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zawarcia umowy na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz jej realizacji, a także udokumentowania postępowania i jego archiwizacji.
4. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, hosting, obsługę poczty oraz innym podmiotom lub organom publicznym, wyłącznie w przypadkach wskazania właściwej podstawy prawnej. Ponadto Pani/Pana dane udostępniane są zainteresowanym na podstawie właściwych przepisów Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. W przypadku postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez 5 lat. Natomiast umowy z przyjmującymi zamówienie wraz z dokumentacją dotyczącą ich realizacji przechowywane będą przez 10 lat. Okres przechowywania liczony jest od 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.
6. Uwzględniając ograniczenia wynikające z przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania lub uzupełnienia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Obowiązek podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych wynika z Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konsekwencje niepodania danych wynikają z wymienionych ustaw.