

Szczecin, dnia2026 r.

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisany (a)

.....
.....

zamieszkały (a) w

.....ul.....
.....
.....
.....

Tel.....e-mail:.....
.....

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez lekarzy w zakresie patomorfologii** w Pracowni Patomorfologii 109. Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń, składam ofertę w poniższym zakresie

Lp.	Zakres / Czynności	Wynagrodzenie
1.	udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie patomorfologii, w szczególności: a/ ocena patomorfologiczna preparatów histologicznych, b/ ścisła współpraca z lekarzami innych oddziałów szpitalnych w zakresie ustalania rozpoznań patomorfologicznych, c/ czuwanie nad szybkim i rzetelnym załatwianiem badań patomorfologicznych.	 zł (słownie: złotych/100) brutto za każdy preparat (szkiełko) i wydanie wyniku

- Oświadczam, że posiadam (podkreślić właściwe):
 - ☐ Tytuł naukowy profesora
 - ☐ Tytuł naukowy dr n. med.
 - ☐ Specjalizację II stopnia / tytuł specjalisty
 - ☐ Specjalizację I stopnia lub w trakcie specjalizacji
- Oświadczam, że posiadam staż zawodowy związany z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem konkursu (podkreślić właściwe):

- o Staż $\geq$ 10 lat
- o 10 lat > staż > 5 lat
- o Staż $\leq$ 5 lat

3. Deklaruję (uzupełnić właściwe)::
 - o udzielanie świadczeń przez godzin w miesiącu w dniach
4. 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.
5. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu lekarza.

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty (kopie):

- a)
- b)

.....

.....

/data sporządzenia oferty/

/PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

1. 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. Nadto w przypadku osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych małoletnim lub będzie uczestniczyć w ich udzielaniu dane przetwarzane będą na podstawie art.10 RODO w zakresie określonym w Ustawie o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
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.

¹Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 - RODO).