Znak sprawy: M/ 1/ 16/2022 **Załącznik nr 1 do SWKO**

Szczecin, dnia …….2021 r.

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisany (a) …….…

zamieszkały (a) w …….……...

przy ul. ……..…….....…….

Tel…….e-mail:…….…….

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest ***udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy polegające na przeprowadzaniu konsultacji stomatologicznych oraz sporządzaniu orzeczeń lub opinii na rzecz Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej, w Przychodni Stomatologicznej zgodnie z przyjętym harmonogramem,*** *składam niniejszą ofertę*

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.
2. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie 30 dni od jej podpisania, kopii polisy ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, z rozszerzeniem na wirusowe zapalenie wątroby i wirusa HIV.
3. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu.
4. Proponuję:

wynagrodzenie w wysokości……. zł brutto za każdą przeprowadzoną konsultację oraz wystawienie w tym zakresie stosownego orzeczenia lub opinii na rzecz RWKL

(słownie:……..…… ……)

5. Oświadczam, że posiadam specjalizację IIº / tytuł specjalisty w dziedzinie…… oraz znam przepisy obowiązujące w orzecznictwie wojskowo – lekarskim.
6. Posiadam doświadczenie w stosowaniu ww przepisów w praktyce wynoszące …… lata.

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty (kopie):

a) ……..
b) ……..

…… ……
/data sporządzenia oferty/ /PIECZĘĆ I PODPIS OFERENTA/

Administratorem Pani/Pana danych osobowych ujawnionych w przedmiotowym postępowaniu jest **109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin.** Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 261 455 573 lub adresem email: iodo@109szpital.pl. Podane dane, w zakresie wynikającym z właściwych przepisów Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych, przetwarzane będą na podstawie art.6 ust.1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016r. (RODO) w celu przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych. W pozostałym zakresie na podstawie Pani/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), wynikającej z faktu złożenia przedmiotowej oferty. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w

ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, obsługę poczty oraz wszystkim zainteresowanym odbiorcom na podstawie art. 151 ust.4 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dane przechowywane będą przez 5 lat, licząc od 1 stycznia roku następnego od realizacji celu. Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Podanie danych, w zakresie wynikającym z wymienionych przepisów prawa, jest niezbędne do realizacji celu. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne.