Załącznik nr 1 do SWKO

1. o udzielenie zamówienia na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie

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

 (miejscowość, data)

**Stacja Pogotowia Ratunkowego**

**w Częstochowie**

**ul. Kilińskiego 10, 42-202 Częstochowa**

**Formularz ofertowy**

Imię i nazwisko oferenta ..............................................................................................................

Nazwa indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej …...................................................................................................................................................

Adres firmy……………………………………...........................................................................

NIP............................................................. REGON……………………………..…….............

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w .................................................... - ……………............................\*

Adres do korespondencji............................................................................

Tel. kontaktowy ........................................................................................

adres mail...................................................................................................

1. Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienia na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie oferuję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym SWKO.
2. Za wykonywane świadczenia zdrowotne proponuję za godzinę dyżuru następującą kwotę……………. zł brutto, słownie…………………….…….……………...
i oferuję świadczenie usług przez …………… godzin miesięcznie.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz SWKO konkursu ofert o udzielenie zamówienia na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie, które akceptuję.
4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje spełniające warunki konkursu ofert, potwierdzone załączonymi do oferty dokumentami.
5. Oświadczam, że jestem świadomym, iż moja oferta nie stanowi podstawy roszczenia wobec Udzielającego zamówienia o ich przyznanie w każdym miesiącu lub roszczenia
o zapłatę za gotowość do świadczenia usługi.
6. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że akceptuję warunki umowy, której projekt został zawarty w SWKO
i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wskazanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
8. Ofertę niniejszą składam na ……….. kolejno ponumerowanych stronach.

…..........................................................................

 *Data, czytelny podpis i pieczęć Oferenta*

Do oferty załączam:

|  |
| --- |
| □ prawo wykonywania zawodu□ dyplomy specjalizacji□ wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą□ polisa OC□ inne ……………………………………….………………………………………………..……………………………………………….. |

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

**DLA OFERENTÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM**

**W SP ZOZ STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W CZĘSTOCHOWIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 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 SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie, z siedzibą w Częstochowie, ul. Kilińskiego 10, 42-202 Częstochowa, tel. 34 378 52 33, fax: 34 378 52 33, stacja@spr.czest.pl
2. W SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można skontaktować się pod nr tel.: 34 378 52 33, e-mail: iodo@spr.czest.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
4. art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do zawarcia umowy,
5. 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 SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie.

5. SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie 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 SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie 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 SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie, 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.

 Potwierdzam zapoznanie się z powyższą klauzulą informacyjną:

…...........................................................................

 *Data, czytelny podpis i pieczęć Oferenta*