Załącznik nr 1 o udzielenie zamówienia na udzielanie przez pielęgniarki 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 praktyki pielęgniarskiej …....................................................................

Adres firmy........................................

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

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

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

Tel. kontaktowy ..........................................adres mail.............................................................

PESEL…………………….., adres zamieszkania …………………………………………….

1. Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienia na udzielanie przez pielęgniarki 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/am się z treścią ogłoszenia oraz SWKO, które akceptuję.
4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje spełniające warunki konkursu ofert, potwierdzone załączonymi do oferty dokumentami.
5. Oświadczam, że jestem świadomy/a, 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/ą 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. Załączone do oferty kserokopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**Jednocześnie oświadczam, że przedłożę na żądanie Udzielającego zamówienia stosowne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające złożone oświadczenia.**

1. Ofertę niniejszą składam na ……….. kolejno ponumerowanych stronach.

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

 *Czytelny podpis i pieczęć osoby Oferenta, data*

Do oferty załączam:

|  |
| --- |
| □ kserokopia dyplomu pielęgniarki□ kserokopia prawa wykonywania zawodu□ kserokopia dokumentu ukończenia kursu z pielęgniarstwa rodzinnego□ kserokopia dyplomu specjalizacji ………………………………………………………□ wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą□ CEIDG□ 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*