Załącznik Nr 1 do SWKO o udzielenie zamówienia, na świadczenia opieki zdrowotnej,
w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych realizowanych przez lekarzy
systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego
w DPD w Myszkowie

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

 (miejscowość, data)

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię i nazwisko Oferenta ................................................................................................................................

Firma …………………………………………………………………………………………….………….

Adres Firmy ………………………………………………............................................................................

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

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

tel. kontaktowy .................................................... adres mail.............................................................

I. Składając ofertę w konkursie ofert - o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne podejmowane przez lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego proponuję kwotę ……………brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń.

Proponowana maksymalna miesięczna liczba godzin udzielania przeze mnie świadczeń objętych przedmiotem konkursu wynosi ……………... godzin, minimalna miesięczna liczba godzin wynosi………………………

II**.** Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz SWKO, które akceptuję;
2. akceptuję warunki umowy, której projekt został zawarty w Załączniku Nr 4 do SWKO i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wskazanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert;
4. jestem świadomy, iż minimalna liczba godzin pozostawania w dyspozycji Udzielającego zamówienia oraz moja oferta w zakresie maksymalnej miesięcznej liczby godzin udzielania przeze mnie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia, nie stanowi podstawy roszczenia wobec Udzielającego zamówienia o ich przyznanie w każdym miesiącu lub roszczenia o zapłatę za gotowość do świadczenia usługi;

III**.** Ofertę niniejszą składam na ……….. kolejno ponumerowanych stronach.

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

 *Data, czytelny podpis, pieczątka imienna Oferenta*

|  |
| --- |
| □ prawo wykonywania zawodu□ dyplom ……………………………………………………………………………… □ zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą o prowadzeniu działalności w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej;□ NIP, REGON lub wypis z CEIDG□ polisa OC□ inne ………………………………..……………………………………….. |

Do oferty załączam:

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

**DLA OFERENTÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM**

**W SP ZOZ W MYSZKOWIE**

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 w Myszkowie,
ul. Aleja Wolności 29, 42-300 Myszków, tel. 34 315 82 00, [www.zozmyszkow.pl](http://www.zozmyszkow.pl)
2. W SP ZOZ w Myszkowie został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można skontaktować się pod nr tel.: 888 411 911,
e-mail: iod@zozmyszkow.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 w Myszkowie.

5. SP ZOZ w Myszkowie 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 w Myszkowie 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 w Myszkowie, 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*