

.....
(miejscowość, data).....
(pieczęćka oferenta)

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu Lekarz Asystent- Oddział Chorób
Wewnętrznych (K/M)

1. DANE OFERENTA:

1) Pełna nazwa Oferenta:

.....

2) Adres **zamieszkania oferenta:**

.....

3) Adres **siedziby oferenta:**

.....

4) tel. e-mail

5) Prawo wykonywania zawodu nr..... wydane przez.....

6) NIP REGON

7) PESEL:

8) Zarejestrowany pod numerem w rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez

2. PRZEDMIOT OFERTY:

1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: **Lekarz Asystent -oddział chorób wewnętrznych** 115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Helu.2) Ilość dni pracy w miesiącu, w których zobowiązuję się przepracować:
(proszę wpisać liczbę)

3) Staż pracy w zawodzie na dzień złożenia oferty, wynosi (odpowiednie zaznaczyć):

- a) do 5 lat,
- b) 6-10 lat,
- c) 11-20 lat,
- d) 21-30 lat,
- e) pow. 30 lat.

4) Posiadam (odpowiednie zaznaczyć):

- a) rozpoczętą specjalizacją, podać w jakiej dziedzinie:
- b) specjalizację na starych zasadach I stopień, podać w jakiej dziedzinie:
- c) tytuł lekarza specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub lekarz specjalista na nowych zasadach), podać w jakiej dziedzinie:

5) Maksymalna ilość godzin, którą oferent przeznaczą na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w miesiącu:
(proszę wpisać maksymalną ilość godzin w miesiącu).

- 6) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz akceptuję warunki postępowania konkursowego, Regulaminu oraz SWKO.
- 7) Oświadczam, iż akceptuję warunki umowy zaproponowane przez ogłaszającego konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 8) Oświadczam, iż posiadam aktualne badania lekarskie oraz przeszkolenie bhp i p.poż niezbędne do realizacji umowy.
- 9) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
- 10) Oświadczam, iż posiadam aktualną umowę OC za szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się, w przypadku przyjęcia mojej oferty, do dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
- 11) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:

..... zł (słownie:) brutto
 / za godzinę / za m-c pracy*
 *odpowiednie zaznaczyć

11) Dodatkowe propozycje oferenta:

.....

3. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) przebieg pracy zawodowej (CV),
- 2) prawo wykonywania zawodu,
- 3) dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje (m.in.: dyplom ukończenia studiów, dyplom uzyskania specjalisty w danej dziedzinie, inne),
- 4) kserokopia polisy OC,
- 5) aktualne orzeczenie lekarskie w zakresie braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,
- 6) zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (ważne 6 lat od daty wystawienia),
- 7) zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich (dotyczy umowy kontraktowej),
- 8) oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu,
- 9) zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (na podstawie ustawy z 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich),
- 10) przedłożenie oświadczenia o zamieszkiwaniu w innych państwach (w przypadku zamieszkiwania w innych państwach należy dostarczyć zaświadczenie o niekaralności z tego kraju. Jeżeli taki kraj nie wystawia takich zaświadczeń wówczas należy złożyć oświadczenie o niekaralności.

4. Preferowana forma umowy (proszę zaznaczyć odpowiednio):

- ☐ Umowa kontraktowa
☐ Umowa zlecenie*

***UWAGA: W przypadku UMOWY ZLECENIA należy do oferty dołączyć wypełniony i podpisany formularz: „Oświadczenie Zleceniobiorcy do umowy na 2026 rok”**

.....
 (podpis oferenta)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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”), informuję, że:

Administratorem danych osobowych Oferentów jest **115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Helu** ul. Boczna 10.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@szpitalhel.pl

Złożenie aplikacji traktowane jest jako wyrażne działanie potwierdzające, że Oferent przyzwala na przetwarzanie dotyczących go danych osobowych, podanych przez niego dobrowolnie i nie wynikających z przepisu prawa.

Obowiązek podania przez Oferentów danych osobowych wynikających z Ogłoszenia konkursowego jest **niezbędny do przystąpienia do konkursu**. W odniesieniu do danych osobowych Oferentów decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, ani nie będą profilowane.

Dane osobowe Oferentów przetwarzane będą **w celu**:

- a) **realizacji procesu postępowania konkursowego** (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej w związku z art. 151 ust. 4 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), § 12 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
- b) obrony przed ewentualnymi roszczeniami oraz tworzenie zestawień, analiz i statystyk na potrzeby wewnętrzne administratora (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO,
- c) dla wybranych ofert zawarcia umowy i jej realizacji (art. 6 ust. 1 lit b) RODO.

Dane osobowe Oferentów **będą przechowywane w przypadku niewybranych ofert** przez okres 12 m-cy od dnia zakończenia postępowania konkursowego lub zakończenia czasu ewentualnych roszczeń jako prawnie uzasadniony interes Szpitala.

Dane wybranych Oferentów będą zgodnie z otwartym konkursem udostępnione na [www Szpitala](http://www.Szpitala) dalej przetwarzane zgodnie z zawartą umową i wymaganymi przepisami.

Ponadto **odbiorcą danych** będą upoważnionym pracownikom Komisji, podmioty uprawnione do rozliczania i kontroli działalności Szpitala, podmioty świadczące na rzecz Szpitala usługi prawne (o ile przedmiot przetwarzania dotyczy takiego zakresu). Oferty dotyczące personelu medycznego też będą weryfikowane w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

Oferent posiada prawo do dostępu do swoich danych, sprostowania, żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy Oferent uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Oferenta narusza przepisy RODO.

.....
(podpis oferenta)