Załącznik nr 1

……..
(miejscowość, data)

……..
(pieczątka oferenta)

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu <u>Lekarz -poradnia medycyny pracy</u>

1. DANE OFERENTA:
   1) Pełna nazwa Oferenta: ……..……..…….

      ……

   2) Adres **<u>zamieszkania oferenta</u>**:

      ……..……

   3) Adres **<u>siedziby oferenta</u>**:

      ……..……

   4) tel. ……..…e-mail ……..

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

   6) NIP …… REGON …….

   7) PESEL: …….

   8) Zarejestrowany pod numerem …… w Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) prowadzonym przez …….

2. PRZEDMIOT OFERTY:
   1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **Lekarz -poradnia medycyny pracy** 115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Helu.
   2) 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.
   3) Posiadam (odpowiednie zaznaczyć):
      a) bez specjalizacji,
      b) rozpoczętą specjalizacją, w jakiej dziedzinie …….
      c) specjalizację na starych zasadach I stopień, w jakiej dziedzinie …….
      d) tytuł lekarza specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub lekarz specjalista na nowych zasadach), w jakiej dziedzinie …….
   4) Ilość dni pracy w miesiącu, w których zobowiązuję się przepracować: **……..……**
      (proszę wpisać liczbę)
   5) Ilość godzin, którą oferent przeznacza 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 akceptuje 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:

a) ……. zł brutto za badanie lekarskie wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego

.

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 przeciwskazań 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,

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 2027 rok"**

…….
(podpis oferenta)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OFERENTÓW w KONKURSIE OFERT

Wersja 2.1

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 wyraźne 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 dalej przetwarzane zgodnie z zawartą umową i wymaganymi przepisami.

Ponadto **odbiorcą danych będą** upoważnionym pracownikom Komisji, podmioty uprawione 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)