

.....
(miejsowość, data).....
(pieczęćka oferenta)**OFERTA****na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu Kierownik działu farmacji szpitalnej**

1. DANE OFERENTA:

- 1) Pełna nazwa Oferenta:
-
- 2) Adres zamieszkania oferenta:
- 3) Adres siedziby oferenta:
- 4) tel. e-mail
- 5) NIP PESEL: REGON:

2. PRZEDMIOT OFERTY:

- 1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **Kierownik działu farmacji szpitalnej** 115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ 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) Rozpoczętą specjalizację
b) Specjalizację na starych zasadach I stopień
c) Tytuł specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub specjalista na nowych zasadach)
- 4) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz akceptuję warunki postępowania konkursowego, Regulaminu oraz SWKO.
- 5) Oświadczam, iż akceptuję warunki umowy zaproponowane przez ogłaszającego konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 6) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
- 7) 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.
- 8) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:
-(słownie:) brutto miesięcznie.

3. DODATKOWE PROPOZYCJE ZGŁASZANE PRZEZ OFERENTA:

.....

4. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) Zaświadczenie o prawie samodzielnego wykonywania zawodu aptekarza
- 2) dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje,
- 3) kserokopia polisy OC,
- 4) zaświadczenie lekarskie,
- 5) zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i,
- 6) wydruk z CEIDG.



Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dostarczonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych przez 115 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Helu, ul. Boczna 10, 84-150 Hel, w celu realizacji procesu postępowania konkursowego”.

.....
(podpis oferenta)

Informacja dot. przetwarzania danych osobowych

1. Niniejszym informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Helu przy ul. Bocznej 10, 84-150 Hel;
- Pańskie/Pani dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r., dalej RODO, w celu realizacji procesu rekrutacji;
- Szpital nie udostępnia ani nie przekazuje Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie niezbędnym do zrealizowania celu, maksymalnie przez okres 3 lata;
- przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia (w zakresie wskazanym przez RODO), ograniczenia przetwarzania, przeniesienia oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.