

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka oferenta)

## OFERTA

### na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu dyżurów lekarskich w oddziale chirurgii ogólnej

#### 1. DANE OFERENTA:

- 1) Pełna nazwa Oferenta: .....
- 2) Adres zamieszkania oferenta: .....
- 3) Adres siedziby oferenta: .....
- 4) tel. .... e-mail .....
- 5) NIP ..... PESEL: ..... REGON: .....
- 6) Zarejestrowany pod numerem ..... w rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez .....

#### 2. PRZEDMIOT OFERTY:

- 1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich w oddziale chirurgii ogólnej 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) bez specjalizacji,
  - b) rozpoczętą specjalizacją,
  - c) specjalizację na starych zasadach I stopień,
  - d) tytuł lekarza specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub lekarz 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 urlopow, 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:
 

..... zł (słownie: ..... ) brutto za każdą przepracowaną godzinę.

#### 3. DODATKOWE PROPOZYCJE ZGŁASZANE PRZEZ OFERENTA:

.....

#### 4. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) prawo wykonywania zawodu,
- 2) dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje,
- 3) kserokopia polisy OC,
- 4) zaświadczenie lekarskie,
- 5) zaświadczenie o przeszkoleniu BHP,
- 6) zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich (księga rejestrowa),
- 7) 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”.

### **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.