

.....  
(miejsowość, data).....  
(pieczętka oferenta)

**OFERTA**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu Psychologa**

**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 udzielania świadczeń jako Psycholog 115 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Helu.
- 2) Staż pracy w zawodzie na dzień złożenia oferty, wynosi (odpowiednie zaznaczyć):
- do 5 lat,
  - 6-10 lat,
  - 11-20 lat,
  - 21-30 lat,
  - pow. 30 lat.
- 3) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz akceptuję warunki postępowania konkursowego, Regulaminu oraz SWKO.
- 4) Oświadczam, iż akceptuję warunki umowy zaproponowane przez ogłaszającego konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- 5) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
- 6) 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.
- 7) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:
- ..... zł (słownie: ..... ) brutto za każdą przepracowaną godzinę.

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

.....

**4. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

- dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje,
- kserokopia polisy OC,
- zaświadczenie lekarskie,
- ~~zaświadczenie o niekaralności;~~
- zaświadczenie o przeszkoleniu BHP,
- 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.