



**OFERTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM SAMODZIELNYM PUBLICZNYM
ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Dane składającego ofertę

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....
.....
.....

Nr wpisu do rejestru

Nr KRSNIPREGON.....

Pełnomocnik.....

kontakt

B. Oferta indywidualna

Imię i nazwisko.....

telefon.....

adres: kod..... miejscowość..... ulica..... Nr.....

PESEL.....NIP.....REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Oferuję świadczenie usług zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Szpitalu Psychiatrycznym SP ZOZ w Węgorzewie:



Tryb stacjonarny		
Miejsce udzielania świadczeń	Miesięczny/godzinowy wymiar czasu pracy	Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł (bez dodatku NFZ)
Oddziały Ogólnopsychiatryczne oraz Oddział Detoksykacji Alkoholowy		
Zakład Opiekuńczo - Lecznicy Psychiatryczny dla Dorosłych w Rudziskach		

OŚWIADCZENIE OFERENTA:

1. Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia, warunkami dotyczącymi konkursu na udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa w Szpitalu Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24 i warunkami projektu umowy na świadczenia według wzoru stanowiący załącznik nr 5 do ogłoszenia o konkursie, do których nie wnoszę uwag
2. Usługi będą wykonywane osobiście, zgodnie z etyką pielęgniarską i obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia będę wykonywać w pomieszczeniach Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24 i/lub pomieszczeniach komórek organizacyjnych szpitala.
4. Świadczenia będę wykonywać korzystając ze sprzętu i aparatury medycznej Zamawiającego w zakresie niezbędnym do świadczenia zamówionych usług medycznych.
5. Posiadam kwalifikacje zawodowe: (dokumenty w załączeniu):



- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
6. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie OC dotyczące przedmiotu konkursu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy.
7. Oświadczam, że posiadam certyfikat ZUS i przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy dokument poświadczający tą okoliczność
8. Po upływie okresu ubezpieczenia w zakresie OC, zobowiązuję się zawrzeć nową umowę ubezpieczenia OC, kontynuowaną na okres, co najmniej do końca trwania umowy.
9. Oświadczam, że w momencie wejścia w Szpitalu Psychiatrycznym SP ZOZ w Węgorzewie elektronicznej dokumentacji medycznej będę posiadał/a podpis kwalifikowany.
10. Po upływie okresu ważności podpisu kwalifikowanego zobowiązuje się uzyskać podpis kwalifikowany kontynuowany przez okres co najmniej do końca trwania umowy.
11. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie (poświadczone za zgodność z oryginałem) są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji konkursu.
13. Oświadczam, że nie jestem karany(a) ani nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu.
14. Oświadczam, że mój aktualny stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku pielęgniarki, zgodnie z zaświadczeniem lekarskim, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy
15. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.



....., dnia.....

(miejsowość)

(czytelny podpis)

- 1) **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. J. Bema 24, 11-600 Węgorzewo numer kontaktowy: 87 427-27-66, kancelariaa@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl zwanym dalej Administratorem.**
- 2) Inspektorem ochrony danych w siedzibie Administratora jest Pani Iwona Malczyk, e-mail: iod@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez Administratora na podstawie art. 6 ust 1 lit. b RODO¹ tj. w celu podjęcia działań niezbędnych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Z 2021 r. poz. 711) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.) a także w celu weryfikacji spełnienia warunków, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2021 poz. 790 z późn. zm). Szczególne kategorie Pani/Pana danych osobowych będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO tj. w celu profilaktyki zdrowotnej i oceny zdolności kandydata do pracy.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą jedynie upoważnione osoby wchodzące w skład komisji konkursowej, których zadaniem będzie wyłonienie najkorzystniejszej oferty. Wszystkie osoby wchodzące w skład komisji zostały zobowiązane do zachowania poufności.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane:
 - w przypadku wyboru oferty- przez okres trwania postępowania konkursowego a następnie przez okres trwania umowy oraz archiwizowane po tym czasie do celów księgowych oraz w celu ustalenia bądź dochodzenia ewentualnych roszczeń,
 - w przypadku odrzucenia oferty- przez okres 2 lat od dnia wyboru najkorzystniejszej oferty w celach ustalenia bądź odchodzenia ewentualnych roszczeń.
- 6) Podanie danych osobowych jest niezbędne do rozpatrzenia oferty i przeprowadzenia postępowania konkursowego a konsekwencją ich niepodania będzie odrzucenie oferty z powodu braków formalnych.
- 7) Posiada Pani/Pan:
 - prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
 - prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
 - prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO,
 - prawo do żądania usunięcia danych osobowych, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 17 RODO,
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,

¹ Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.).