



**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 KRS .....NIP .....REGON.....

Pełnomocnik.....

kontakt .....

**B. Oferta indywidualna**

Imię i nazwisko.....

telefon.....

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

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

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....

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



| <b>Tryb stacjonarny</b>             |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń</b> | <b>Tygodniowy/ godzinowy wymiar czasu pracy</b> | <b>Proponowana stawka za wypracowaną godzinę /brutto/ w zł</b> |
| Oddział<br>Detoksykacji Alkoholowy  | Proponowane dni i godziny pracy                 |  |
|                                     |   |  |

### **OŚWIADCZENIE OFERENTA:**

1. Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia, warunkami dotyczącymi konkursu na udzielanie świadczeń przez instruktorów terapii uzależnień i specjalistów psychoterapii uzależnień w Szpitalu Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen J. Bema 24 i projektem 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 instruktora terapii uzależnień lub specjalisty psychoterapii uzależnień 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. Po upływie okresu ubezpieczenia w zakresie OC, zobowiązuję się zawrzeć nową umowę ubezpieczenia OC, kontynuowaną na okres, co najmniej do końca trwania umowy.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie (poświadczone za zgodność z oryginałem) są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji konkursu.
10. 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.
11. Oświadczam, że mój aktualny stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku instruktora terapii uzależnień lub specjalisty psychoterapii uzależnień, zgodnie z zaświadczeniem lekarskim, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy.
12. 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: 87 427-29-70, [kancelariaa@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl](mailto:kancelariaa@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl) zwanym dalej Administratorem.**
- 2) Inspektorem ochrony danych w siedzibie Administratora jest Pani Paulina Więckiel, e-mail: [iod@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl](mailto:iod@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez Administratora na podstawie art. 6 ust 1 lit. b RODO<sup>1</sup> 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 2024 r. poz. 799 ze zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 poz.146 ze. zm.) a także w celu weryfikacji spełnienia warunków, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2024 poz. 1287 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,

<sup>1</sup> 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.).