

Kościerzyna, .....r.

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W ZAKRESIE** (np. normalna ordynacja, kontraktowy dyżur medyczny zwykły, kontraktowy dyżur medyczny świąteczny, dyżur pod telefonem z przyjazdem na wezwanie, praca w poradni, konsultacje, kierowanie Oddziałem/Zakładem, kontraktowe dyżury ratownicze, kontraktowy dyżur pielęgniarstwa/położniczy, wykonywanie zabiegów/procedur, opisywanie badań itp.) .....

**W KOMÓRCE/-ACH ORGANIZACYJNEJ**

1. Imię i nazwisko oraz pełna nazwa Oferenta - podmiotu wykonującego działalność leczniczą (w przypadku braku założonej działalności gospodarczej wpisać wyłącznie imię i nazwisko:  
.....  
.....  
.....
2. Kwalifikacje Oferenta i kwalifikacje formalne personelu zatrudnianego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą - posiadane specjalizacje (dziedzina medycyny, data uzyskania, jeśli osoba jest w trakcie specjalizacji - data rozpoczęcia i zakończenia), tytuły i stopnie naukowe, kursy i szkolenia:  
.....  
.....  
.....
3. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i wskazanie organu dokonującego wpisu do rejestru (jeśli dotyczy):.....
4. REGON:.....NIP:.....
5. Adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą: .....  
..... adres mailowy: .....
6. Adres do korespondencji: .....
7. Telefon: ..... Nr prawa wykonywania zawodu i wskazanie OIL/OIPiP, która je wydała:  
.....
8. Szczegóły składanej oferty :  
- **warunki finansowe brutto** Oferty (np. stawka za godzinę/punkt/poradę, ryczałt miesięczny za kierowanie Oddziałem, inne – proponowane formy rozliczeń muszą odpowiadać formom określonym w szczegółowych warunkach konkursu ofert, przewidzianych dla danego rodzaju świadczeń zdrowotnych: .....

9. Oferowana, **liczba** świadczeń zdrowotnych jaką Oferent zgodzi się realizować na wskazanych w Ofercie warunkach finansowych (np. liczba godzin miesięcznie, liczba dyżurów (z podziałem na zwykłe i świąteczne – w skali jednego miesiąca), liczba dni pracy w miesiącu (konkretne dni tygodnia i godziny ordynacji), liczba udzielonych świadczeń/ wykonanych zabiegów).....

Świadczenia zdrowotne będą / nie będą\* udzielane przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienie. Oświadczam, że w ramach umowy zapewniam

- Oświadczam, że z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenia zdrowotne, Regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy zapoznałem/łam się i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń, a złożenie niniejszej Oferty należy traktować jako akceptację w/w dokumentów.
- Oświadczam, że dopuszczam - na wniosek Udzielającego zamówienia - za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
- Zobowiązuję się, w przypadku, gdy złożona przeze mnie Oferta zostanie przyjęta, do rozwiązania umowy o pracę zawartej ze Szpitalem Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o. o. (w rodzaju świadczeń zdrowotnych objętym Ofertą) – najpóźniej z dniem poprzedzającym zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do nie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych mającej być wynikiem wyboru niniejszej Oferty, w przypadku braku rozwiązania wyżej wymienionej umowy o pracę (dotyczy osób zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę).
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów przeprowadzenia konkursu ofert.
- Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej/ pielęgniarzkiej/ działalności gospodarczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
- Oświadczam, że przedstawione w Ofercie dane i złożone dokumenty i/lub oświadczenia są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym

Zgoda Oferenta na przetwarzanie danych osobowych

1. Wyrażam, zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej aplikacji. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że administratorem moich danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o. z siedzibą w Kościerzynie (83-400), przy ul. Piechowskiego 36.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych to: Walenty Narloch, adres mailowy [walenty.narloch@szpital.koscierzyna.pl](mailto:walenty.narloch@szpital.koscierzyna.pl), tel. (58) 686-01-17
3. Dane osobowe zawarte w aplikacji będą przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji, na podstawie mojej dobrowolnej zgody. Mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania dokonanego przez Administratora na jej podstawie przed cofnięciem zgody. Dane osobowe będą przetwarzane aż do ewentualnego wycofania przeze mnie zgody na przetwarzanie danych w procesie rekrutacji, nie dłużej jednak niż do zakończenia rekrutacji, w której będę brać udział.
4. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
5. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne w celu przeprowadzenia rekrutacji, w której biorę udział. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Data .....

.....  
Pieczętka i podpis Oferenta

\* - skreślić niewłaściwe

**Załączniki do Oferty** – kopie dokumentów **poświadczane podpisem Oferenta za zgodność z oryginałem** (nie dotyczy to sytuacji, gdy dokumenty zostały złożone w poprzednich konkursach, a nie straciły ważności) –

1. Kopie: prawa wykonywania zawodu, dyplomu/ świadectwa, dokumentu potwierdzającego wymaganą specjalizację lub jej rozpoczęcie, wpisu do indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich,
2. Kopia zaświadczenia o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z kopią wyciągu z Księgi rejestrowej ze wskazaniem adresu Szpitala jako miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (**przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego**) lub pisemnym zobowiązaniem Oferenta dostarczenia w ciągu 7 dni od dnia podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy w drodze wypowiedzenia ww. wyciągu z Księgi rejestrowej – **dotyczy lekarzy oraz pielęgniarek / pielęgniarzy,**
3. Kopia Polisy OC (na kwotę określoną w rozp. MF z 29.04.2019r. w spr. obowiązkowego ubezpiec. OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne) / oświadczenie o przedłożeniu Polisy OC najpóźniej w momencie zawarcia umowy,
4. Certyfikat Kursu Ochrony Radiologicznej Pacjenta (jeśli wymagane),
5. Kopia wpisu do Ewidencji działalności gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego, nadania numeru REGON, Kopia nadania numeru NIP,
6. Zaświadczenie lekarskie
7. kopia prawa jazdy oraz kopia zezwolenia na prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych i oświadczenia w sprawie rozpoczęcia kursu prawa jazdy kat. C w ciągu roku od dnia rozpoczęcia realizowania umowy kontraktowej zawartej w związku z rozstrzygnięciem niniejszego konkursu ofert – dotyczy ratowników medycznych składających ofertę na Zespoły Wyjazdowe,
8. zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego i/lub oświadczenie wymagane Ustawą z dnia 13.05.2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczości na tle seksualnym i ochronie małoletnich
9. Życiorys, kopie dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe (nieobowiązkowe), inne wymagane dokumenty.