

**WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ W
GORZOWIE WLKP.**

OFERTA

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SIEDZIBIE Udzielającego
zamówienia w ramach

.....

1. Dane oferenta:

.....

..

(nazwa, imię i nazwisko, adres do korespondencji, adres mailowy, nr telefonu)

2. Deklarowana liczba godzin i dni wykonywania świadczeń w ramach czasu:

a) dni -

b) godziny -

3. Proponuje następujące warunki wynagradzania za punkt w poradni:

*- zł cena jednostkowa za punkt rozliczeniowy

4. Okres, na jaki została złożona oferta od dnia do dnia

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIA OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

.....

(data, pieczętka i podpis)

Oświadczam, że jestem związany ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.

.....
(data, pieczęć i podpis)

Oświadczam, że w stosunku do mnie nie orzeczono prawomocnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

.....
(data, pieczęć i podpis)

Oświadczam, że wymagane w postępowaniu konkursowym dokumenty, tj.

- 1) dokumenty stwierdzające posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - a) kopia dyplomu ukończenia uczelni medycznej,
 - b) kopia dyplomu specjalizacji I lub II stopnia lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty
 - c) kopia prawa wykonywania zawodu,
- 2) kopia zezwolenia na wykonywanie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej.
- 3) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (warunek uzyskania wpisu do rejestru uważa się za zachowany, jeżeli oferent przedstawi potwierdzone przez właściwą Izbę Lekarską wydane zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej).
- 4) zaświadczenie o numerze identyfikacji REGON lub wyciąg z CEIDG
- 5) Certyfikat Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

znajdują się w posiadaniu WSPL SPZOZ w Gorzowie Wlkp. i nadal są aktualne.

.....
(data, pieczęć i podpis)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych

.....
(data, pieczęć i podpis)

Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SPZOZ z siedzibą w Gorzowie Wielkopolskim ul. Sienkiewicza 10-11, 66-400 reprezentowana przez Dyrektora Przychodni.
2. Inspektorem ochrony danych w WSPL SP ZOZ w Gorzowie Wielkopolskim jest Pani Agnieszka Piechowska, tel. 95 728 12 37, e-mail: a.piechowska@wsplgorzow.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych;
4. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa;
5. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Zgodnie z obowiązującym prawem Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 2 lat,
7. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Panu danych osobowych. Sprzeciw należy złożyć inspektorowi ochrony danych, którego dane kontaktowe wskazane są w pkt 2. Składając sprzeciw, należy wskazać jego przyczyny związane z Pani/ Pana szczególną sytuacją.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/ Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

.....

(data i podpis Oferenta)