Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY

☐ **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez: ratowników medycznych i ratowniczki medyczne/ pielęgniarki i pielęgniarzy systemu**

☐ **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez: ratowników medycznych i ratowniczki medyczne/ pielęgniarki i pielęgniarzy systemu kierujących pojazdami uprzywilejowanymi**

Dane dotyczące Przyjmującego zamówienie:

Imię i nazwisko: .....

Miejsce zam/.: .....kod.....ul.....

nr telefonu/fax ……..., e-mail.....

PESEL …….……

prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą

…….……..

z siedzibą w.....kod.....ul.....

NIP …….. REGON .....

Osoba upoważniona do kontaktów:.....tel. .....

W nawiązaniu do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na: **„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i ratowniczki medyczne/ pielęgniarki i pielęgniarzy systemu kierujących pojazdami uprzywilejowanymi w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Koronowie”,** składam następującą ofertę zgodnie z poniższym zestawieniem:

1	Cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (zł brutto)*	
2	Doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (podać w latach)	
3	Kontynuacja udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Koronowie : TAK/ NIE* *proszę wpisać	
4	Doświadczenie w kierowaniu pojazdami uprzywilejowanymi (podać w latach)	

*Udzielający zamówienia wymaga złożenie oferty cenowej brutto, wyrażonej w walucie złotych polskich (PLN).

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

Oświadczam, że:

1. Posiadam wpis do Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. spełniam aktualnie obowiązujące wymogi prawne i określone przez NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym oraz że posiadam niezbędne uprawnienia/kwalifikacje zawodowe zgodnie z wymogami ustawowymi: jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego ogłoszenia, zgodnie z przepisami prawa oraz że posiadam wiedzę oraz doświadczenie umożliwiające prawidłową realizację przedmiotu zamówienia,
3. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, akceptuję warunki w nim zawarte i nie wnoszę do niego żadnych uwag oraz zobowiązuję się zawrzeć umowę w terminie oraz miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia, w przypadku wyboru oferty,
4. akceptuję warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

   Deklarowana liczba godzin w miesiącu …….

5. dane zawarte w złożonych dokumentach są aktualne na dzień składania oferty a podana w formularzu oferty cena zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, zgodnie z ogłoszeniem,
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu konkursu na stronie internetowej Udzielającego zamówienie.
8. wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obwiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
9. zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia,
10. przedmiot zamówienia zostanie wykonany w terminie określonym przez Udzielającego zamówienia,
11. jestem związany/a ofertą przez 30 dni począwszy od upływu terminu składania ofert,
12. posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości ..... (Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy),
13. wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

W załączeniu przesyłam:

1) kserokopię dyplomu potwierdzającego wymagane wykształcenie,
2) aktualny odpis z CEDIG,
3) zaświadczenie o wpisie do centralnego rejestru pielęgniarek i położnych (jeśli dotyczy),
4) zaświadczenie ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy (jeśli dotyczy),
5) kserokopie dokumentów potwierdzających wykonywanie zawodu w celu potwierdzenia stażu
6) kserokopię uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych określonych w ustawie z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (jeśli dotyczy)
7) kserokopię prawa jazdy,

8) kserokopię aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego oraz potwierdzenie pozytywnego ukończenia poprzedniego okresu doskonalenia zawodowego (kserokopia ostatniej strony karty) – (jeśli dotyczy),
9) kserokopię aktualnego zaświadczenia o odbyciu szkolenia okresowego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 maja 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy § 14 ust. 2 pkt 6),
10) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz 2022 r. poz. 2600) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (nie starsze niż trzy miesiące na dzień podpisania umowy),
11) orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
12) aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszonego konkursu,

data ……. ……..

Podpisy Przyjmującego zamówienie /osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 7 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych podanych w formularzu oferty jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, z siedzibą przy ul. Dworcowej 55, 86-010 Koronowo, reprezentowany przez Dyrektora.
2. Wszelkie kwestie dotyczące przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, można kierować do Inspektora Ochrony Danych powołanego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Koronowie. Z Inspektorem można kontaktować się w następujący sposób:
   a) listownie na adres korespondencyjny: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Dworcowa 55, 86-010 Koronowo z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych";
   b) przez e-mail:iod@spzoz.koronowo.pl;
   c) osobiście, po wcześniejszym uzgodnieniu.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
   a) art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do zawarcia i wykonania umowy oraz podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą,
   b) art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z udzieleniem zamówienia w trybie art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
   c) nasz uzasadniony interes (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) – w zakresie danych zebranych podczas postępowania rekrutacyjnego. Mamy uzasadniony interes w tym, aby sprawdzić, czy Pani/Pana kwalifikacje, zdolności i umiejętności odpowiadają ustalonym kryteriom postępowania rekrutacyjnego.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom wykonującym zadania publiczne oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych, jeżeli obowiązek ich przekazania wynika z obowiązujących przepisów prawa. Informacje o wybranych oferentach będą publikowane na stronie internetowej SPZOZ w Koronowie i BIP.
5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będziemy przechowywać przez okres 3 lat po zakończonym procesie rekrutacyjnym, chyba że prawo nakazuje ich dalsze przechowywanie. W przypadku zawarcia umowy – przez okres 10 lat po jej zakończeniu.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia przetwarzania. W celu skorzystania z praw, o których mowa należy skontaktować się z administratorem lub inspektorem ochrony danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udziału w postępowaniu konkursowym.
9. Gdy uzna Pan/Pani, iż SPZOZ w Koronowie, jako administrator danych, przetwarza je w sposób naruszający przepisy RODO ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

…… ……

miejscowość, data *podpis przyjmującego zamówienie*