Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Pruszczu Gdańskim
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
NIP 593-221-85-62 Regon 191983891
Tel./fax 58 773 30 30 e-mail: sekretariat@pogotowiepruszcz.pl;
www.pogotowiepruszcz.pl
Adres do e- Doręczeń: AE:PL-76523-43032-TEIIC-29

Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

NAZWA OFERENTA (W BRZMIENIU PODANYM W CEIDG)		
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	**PEŁEN ADRES POD JAKIM PROWADZONA JEST DZIAŁALNOŚĆ**	
PESEL	**NIP**	**REGON**
NR TELEFONU	**ADRES E-MAIL OFERENTA**	

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO

	Lekarz w dziedzinie chirurgii ogólnej

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

a) w przypadku powierzenia funkcji LEKARZA CHIRURGII OGÓLNEJ

zł	**za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako lekarz chirurgii ogólnej**

4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w wymiarze miesięcznym:	

5. WYMAGANE DOKUMENTY:

[ ] dyplom ukończenia studiów medycznych [ ] dyplom poświadczający kwalifikacje zawodowe [ ] prawo wykonywania zawodu [ ] zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą [ ] Curriculum Vitae [ ] zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej [ ] zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego [ ] kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej [ ] zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy [ ] zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych [ ] zaświadczenie o przeszkoleniu BHP	**UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.** Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) **spowoduje odrzucenie oferty.**

1. **Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenia w stanie faktycznym.**
2. **Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.**

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej RODO), informujemy**, że:**

1) Administratorem Pana/i danych osobowych jest Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe z siedzibą w Pruszczu Gdańskim (83-000), ul. prof. M. Raciborskiego 2A, adres do korespondencji: 83- 000 Pruszcz Gdański ul. prof. M. Raciborskiego 2A z dopiskiem IOD.
2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod@pogotowiepruszcz.pl
3) Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest przeprowadzenie procesu konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.)
4) W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert, Pana/Pani dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie organizacji i obsługi udzielania świadczeń zdrowotnych w przychodni, w szczególności w poradni chirurgicznej. W pozostałych przypadkach Pana/Pani dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO.
5) Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procedury konkursu ofert a po jego zakończeniu zostaną usunięte zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e) RODO.
6) Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
7) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.), a ich przetwarzanie jest niezbędne do realizacji procedury konkursowej oraz zawarcia i wykonania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w przychodni, w szczególności w poradni chirurgicznej.
9) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
10) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

…….. ……..

data i miejscowość podpis oferenta