

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**przez lekarza**

1	Imię, nazwisko, Nr telefonu Adres e-mail adres lub nazwa i siedziba oferenta, NIP nr prawa wykonywania zawodu	
2	Kwalifikacje zawodowe:	
3	<p>Kwota należności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stawka godzinowa (ryczałt):</li> <li>• dyżury stacjonarne: <ul style="list-style-type: none"> <li>- w dni powszednie:</li> <li>- w niedzielę, święta i dni wolne od pracy:</li> </ul> </li> <li>• dyżury niestacjonarne: <ul style="list-style-type: none"> <li>- w dni powszednie:</li> <li>- w niedzielę, święta i dni wolne od pracy:</li> <li>- przyjazd do Szpitala na wezwanie</li> </ul> </li> <li>• za poradę w ramach Diagnostycznego Pakietu Onkologicznego: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wstępna diagnostyka onkologiczna:</li> <li>- pogłębiona diagnostyka onkologiczna:</li> </ul> </li> <li>• pozostałe ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w poradni:</li> </ul>	<p>..... zł/godz.</p> <p>..... zł/dyżur</p> <p>..... zł/dyżur</p> <p>..... zł/dyżur</p> <p>..... zł/dyżur</p> <p>..... zł/godz.</p> <p>..... zł</p> <p>..... zł</p> <p>zgodnie ze wzorem umowy</p>

Oświadczam, że:

- 1/ zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia,
- 2/ zapoznałem się z treścią Szczegółowych Warunków Umów i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
- 3/ zapoznałem/am się z treścią wzoru Umowy o udzielanie zamówienia na świadczenie zdrowotne i nie wnoszę zastrzeżeń do postanowień umowy,
- 4/ nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich / przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarki i położnej,
- 5/ nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6/ nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu (dot. tylko lekarzy),

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Udzielającego zamówienie na potrzeby związane z przeprowadzeniem niniejszego konkursu ofert, zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych oraz RODO.

.....  
(podpis oferenta)

Zgodnie z art. 13 RODO informuję, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Bizuela, z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Ujejskiego 75,85-168 Bydgoszcz.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych to: e-mail *inspektor.od@biziel.pl*

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

- a) przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- a także, w przypadku wyboru Pani/Pana oferty przez Komisję Konkursową, w celu:
- b) przygotowania i zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne,
- c) egzekwowania praw i obowiązków wynikających z zawartej z Panem/Panią umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne,
- d) wypełnienia obowiązków ciążących na administratorze, takich jak m.in. prowadzenie rozliczeń z NFZ.

Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 pkt a, b, c RODO.

Jeżeli będziemy przetwarzać Pani/Pana dane wrażliwe, takie jak dane dotyczące zdrowia, to podstawą ich przetwarzania będzie art. 9 ust. 2 lit. b, tj. przetwarzanie może być konieczne dla wykonania ciążących na Administratorze obowiązków oraz praw wynikających z przepisów odrębnych.

Pani/Pana dane będą udostępniane innym odbiorcom, w przypadku:

- a) gdy taki obowiązek wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
- b) innym podmiotem i osobom, jeżeli Pan/Pani wyrazi na to odrębną zgodę;

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 3 lat, licząc od roku następującego po roku przeprowadzenia postępowania konkursowego. W przypadku zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne dane będą przechowywane przez cały okres trwania umowy, a następnie będą archiwizowane przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wygasła lub została rozwiązana.

Posiada Pani/Pana prawo, na zasadach określonych w RODO, do:

- a) żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych,
- b) żądania ich sprostowania;
- c) żądania ich usunięcia,
- d) żądania ograniczenia ich przetwarzania
- e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- f) przenoszenia danych,
- g) wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- h) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne lecz jest wymogiem niezbędnym do wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym oraz przygotowania i zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w przypadku wyboru Pani/Pana oferty przez Komisję Konkursową. W przypadku niepodania danych oferta nie zostanie uwzględniona.

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
(podpis oferenta)