Gminny Ośrodek Zdrowia
w Zagrodnie
59-516 ZAGRODNO 56 A
tel. 76 8773329 Id.390632858
NIP 6941514361

Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 1/2022
Kierownika GOZ w Zagrodnie
z dnia 14 marca 2022 roku

OFERTA

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Gminnego Ośrodka Zdrowia w Zagrodnie

1. **Oferowane świadczenia w zakresie:**

.....

.....

(wpisać zakres)

2. **Pełna nazwa Oferenta :**

.....

.....

.....

.....

☐ prowadzący działalność gospodarczą ☐ nie prowadzący działalności gospodarczej

(we właściwym okienku wpisać znak X)

4. **Telefon**: .....

5. **Nr prawa wykonywania zawodu** ..... **data jego uzyskania** .....

6. **Kwalifikacje zawodowe** (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, a w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):

.....

.....

.....

.....

7. **Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe**:

.....

.....

8. **Oferowana dostępność:**

Poniedziałek od.....do.....

Wtorek od.....do.....

Środa od.....do.....

Czwartek od.....do.....

Piątek od.....do.....

9. **Oczekuję wynagrodzenia:**

.....zł brutto za .....(za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych projektem umowy)

p.o. KIEROWNIKA
Gminnego Ośrodka Zdrowia
w Zagrodnie

.....Anna Trąbka-Kalinowska

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

Gminny Ośrodek Zdrowia
w Zagrodnie
59-516 ZAGRODNO 56 A
tel. 76 8773329 Id.390632858
NIP 6941514361

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), dalej „RODO", informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gminny Ośrodek Zdrowia w Zagrodnie.

- Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować pod adresem e-mail: i szwiecbogumila@gmail , tel. 667177667

- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

- informacja o wyniku postępowania zostanie udostępniona na stronie internetowej https://zagrodno.info

- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami powszechnie obowiązującymi w zakresie archiwizacji dokumentów.
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem udziału w zapytaniu ofertowym

- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

- posiada Pani/Pan:
– na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
– na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **;
– na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO ***;
– prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

- nie przysługuje Pani/Panu:
– w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
– prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
– na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO."

Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

Gminny Ośrodek Zdrowia
w Zagrodnie
59-516 ZAGRODNO 56 A
tel. 76 8773329
NIP 6941514361
Id.390632858

** Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania

o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

*** Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

p.o. KIEROWNIKA
Gminnego Ośrodka Zdrowia
w Zagrodnie

Anna Trąbka-Kalinowska

Gminny Ośrodek Zdrowia
w Zagrodnie
59-516 ZAGRODNO 56 A
tel. 76 8773329 Id.390632858
NIP 6941514361

OŚWIADCZENIE OFERENTA *

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

* Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą.

p.o. KIEROWNIKA
Gminnego Ośrodka Zdrowia
w Zagrodnie

Anna Trąbka-Kalinowska