Załącznik nr 1

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu opisów badań RM w oparciu o teleradiologię na rzecz pacjentów SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.**

\*\*Nazwa oferenta

\*\*Adres oferenta z kodem

\*\*KRS:

\*\*Nr telefonu komórkowego

\*\*E-mail

\*\*REGON

\*\*NIP

\*\*Nazwa banku oraz nr rachunku

\*\*pola obowiązkowe

**Oświadczam, że:**

* nie zalegam z opłacaniem podatków albo zawarłem porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami albo uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
* nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo zawarłem porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami albo uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
* nie byłem karany za żadne przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

……………………………………..

data, podpis i pieczęć Oferenta

Załącznik nr 2

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu opisów badań RM w oparciu o teleradiologię na rzecz pacjentów SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYSZCZEGÓLNIENIE/PRODUKT**  zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie | **CENA BRUTTO**  W zł za 1 okolicę anatomiczną |
| **Opisy badań RM w „dziennej ordynacji”** |  |
| **Opisy badań RM „planowe”** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

…………………………..........................................

data, podpis i pieczęć Oferenta

Załącznik nr 3

pieczęć oferenta

*Oświadczenie*

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń,
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numeru telefonu przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych   
   w Szpitalu.

(miejscowość, data) podpis i pieczęć Oferenta

Załącznik nr 3a

**Białystok, dnia ……………………..**

**Imię i nazwisko kandydata uczestniczącego w rekrutacji**

**…………………………………………………………………**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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 (RODO) SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26,   
   15-950 Białystok,wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego - Rejestr Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000003421, NIP: 542-25-29-292, REGON: 050657729.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, odpowiedzialnym za przestrzeganie ochrony danych osobowych   
   w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku jest możliwy za pośrednictwem poczty e-mail pod adresem: [iodo@sniadecja.pl](mailto:iodo@sniadecja.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody, w celu niezbędnym do obecnego procesu rekrutacji przeprowadzonej przez SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.
4. Dane osobowe mogą być ujawnione upoważnionym przez Administratora pracownikom, podmiotom zewnętrznym świadczącym na rzecz Administratora usługi, w tym usługi techniczne i organizacyjne, usługi w zakresie prowadzenia poczty elektronicznej, a także innym podmiotom/osobom/organom w zakresie i na zasadach określonych przepisami prawa.
5. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z uzyskaną zgodą na przetwarzanie danych osobowych   
   w celu przeprowadzenia obecnego procesu rekrutacji, a następnie przechowywane zgodnie z instrukcją kancelaryjną Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, nie dłużej niż przez okres pięciu lat, od początku roku następującego po roku, w którym odbyła się rekrutacja.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
9. W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje Pani/Panu prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych, przeniesienia danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Przysługuje Pani w dowolnym momencie prawo do cofnięcia zgody bez wpływu na zgodność prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
12. Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestniczenia   
    w rekrutacji przeprowadzonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

Zapoznałam/łem się z powyższą instrukcją i ją rozumiem:

…………….………………………………………

(data i podpis kandydata uczestniczącego w rekrutacji)

Załącznik nr 3 b

**Klauzula zgody dla kandydata na bieżącą rekrutację**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do procesu rekrutacyjnego.

……………………………………….

(data i podpis kandydata)

Załącznik nr 4

pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę wszystkie potrzebne dokumenty:

* **kopię wszystkich wypełnionych stron aktualnego prawa wykonywania** **zawodu, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, kursy itp.)**
* **aktualną** **polisę ubezpieczeniową**
* **wpis do krajowego rejestru sądowego**

................................... ........................................

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Oferenta)

**Załącznik nr 5 (nzoz, spółka)**

.......................................

pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Zakres udzielanych świadczeń: ...................................................................

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert.

............................................ ......................................

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Oferenta)

**Załącznik nr 6 (nzoz, spółka)**

Lista osób udzielających świadczeń w ramach umowy z Oferentem:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Specjalizacja | Specjalizacja zakończona/w trakcie (data ukończenia specjalizacji/data otwarcia specjalizacji |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Każda wskazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w Szczegółowych Warunkach Konkursu w pkt. VII podpunkt 4,5

…....................................... ….....................................…..

miejscowość, data podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 7 (nzoz, spółka)**

Nazwa Oferenta .....................................................................

* 1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numeru telefonu przez SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
  2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem.

Podpis Oferenta .............................