Załącznik nr 1

……..
(miejscowość, data)

……..
(pieczątka oferenta)

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżur lekarski w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej

1. DANE OFERENTA:
   1) Pełna nazwa Oferenta: ……..……
   ……
   2) Adres zamieszkania oferenta: ……..……
   3) Adres siedziby oferenta: ……..……
   4) tel. ……..…. e-mail ……..
   5) NIP ……..…… PESEL: ……. REGON ……
   6) Zarejestrowany pod numerem …… w rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez …… nr PWZ: ……

2 PRZEDMIOT OFERTY:
   1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżur lekarski w NiŚOZ Szpitala Puckiego Sp. z o.o. w Pucku w ilości ……..miesięcznie. (**proszę wpisać minimalną liczbę godzin**)
   2) Staż pracy w zawodzie na dzień złożenia oferty, wynosi (odpowiednie zaznaczyć):
      a) do 5 lat,
      b) 6-10 lat,
      c) 11-20 lat,
      d) 21-30 lat,
      e) pow. 30 lat.
   3) Posiadam (odpowiednie zaznaczyć):
      a) rozpoczętą specjalizacją,
      b) specjalizację na starych zasadach I stopień,
      c) tytuł lekarza specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub lekarz specjalista na nowych zasadach).
   4) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
   5) Oświadczam, iż akceptuję warunki proponowanych zapisów umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
   6) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
   7) Oświadczam, iż posiadam aktualną umowę OC za szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się, w przypadku przyjęcia mojej oferty, do dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
   8) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:
   …… zł (słownie:. ……) brutto za godzinę.

2. **DODATKOWE PROPOZYCJE ZGŁASZANE PRZEZ OFERENTA**:

   …… ……

   …… ……

3. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:
   1) prawo wykonywania zawodu,
   2) dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje,
   3) kserokopia polisy OC,
   4) zaświadczenie lekarskie,
   5) zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i p.poż,
   6) zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich (księga rejestrowa),
   7) wydruk z CEIDG.

Złożenie aplikacji traktowane jest jako wyraźne działanie potwierdzające, że oferent przyzwala na przetwarzanie dotyczących go danych osobowych, podanych przez niego dobrowolnie i nie wynikających z przepisu prawa.

…….
(podpis oferenta)

Szpital Puck Sp. z o.o. w Pucku

Informacja dot. przetwarzania danych osobowych

Niniejszym informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Szpital Pucki Sp. z o.o. przy ul. 1 Maja 13a, 84-100 Puck, tel. (58) 380-16-61, e-mail sekretariat@szpitalpucki.pl;
2. Kontakt do inspektora ochrony danych e-mail: iodo@szpitalpucki.pl;
3. Celem przetwarzania jest przeprowadzenie konkursu na wolne stanowisko pracy;
4. Przetwarzanie danych osobowych wynika z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
5. Dane osobowe oferenta, który nie zostanie zatrudniony będą przechowywane przez okres 7 miesięcy od dnia zakończenia konkursu. Dane osobowe oferenta, który zostanie zatrudniony będą przechowywane przez okres 5 lat od dnia zakończenia roku obrachunkowego;
6. Oferent ma prawo do:
    a. dostępu do danych; sprostowania danych; ograniczenia przetwarzania;
    b. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, listownie: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa lub przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt.

Szpital Pucki Sp. z o.o. w Puc