Załącznik nr 1

……..
(miejscowość, data)

……..
(pieczątka oferenta)

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Ratownik medyczny ZRM P i S

1. DANE OFERENTA:
   1) Pełna nazwa Oferenta: ……
   ……
   2) Adres zamieszkania oferenta: ……
   3) Adres siedziby oferenta: ……
   4) tel. ……..… e-mail ……..
   5) NIP …… PESEL: …… REGON ……

2 PRZEDMIOT OFERTY:
   1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Ratownik medyczny ZRM P i S na rzecz Szpitala Puckiego Sp. z o.o. w Pucku:
      a) w okresie 01.10-30.04 w ilości minimalnych godzin do przepracowania w miesiącu ……..
      b) w okresie 01.05-30.09 w ilości minimalnych godzin do przepracowania w miesiącu ……
   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) wykształcenie średnie,
      b) wykształcenie wyższe,
      c) wykształcenie średnie i prawo jazdy,
      d) wykształcenie wyższe i prawo jazdy.
   4) Staż w prowadzeniu pojazdów uprzywilejowanych 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.
   5) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
   6) Oświadczam, iż akceptuję warunki proponowanych zapisów umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
   7) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.
   8) 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.
   9) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:
   …….. zł (słownie:. ……) brutto za godzinę.

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

3. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:
   1) dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje,
   2) prawo jazdy (jeśli dotyczy),
   3) kserokopia polisy OC,
   4) orzeczenie lekarskie,
   5) zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i p.poż,
   6) 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 Pucki 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