***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 1.: ALERGOLOGIA – lekarz Poradni Alergologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Pediatrii oraz specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Alergologii*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 2.: CHIRURGIA DZIECIĘCA – lekarz Poradni Chirurgicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Chirurgii Dziecięcej*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 3.: CHOROBY PŁUC I GRUŹLICY – lekarz Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Pediatrii oraz specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Chorób Płuc lub lekarz specjalista w dziedzinie Chorób Płuc Dzieci*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 4.: CHOROBY ZAKAŹNE – lekarz Poradni Chorób Zakaźnych (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Pediatrii oraz specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Chorób Zakaźnych bądź lekarz w trakcie specjalizacji z Chorób Zakaźnych, względnie Pediatrii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 5.: DERMATOLOGIA – lekarz Poradni Dermatologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Pediatrii oraz specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Dermatologii i Wenerologii*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 6.: ENDOKRYNOLOGIA – lekarz Poradni Endokrynologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Pediatrii oraz specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Endokrynologii lub lekarz specjalista w dziedzinie Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 7.: GASTROENTEROLOGIA – lekarz Poradni Gastroenterologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Gastroenterologii bądź lekarz w trakcie specjalizacji z Gastroenterologii dziecięcej lub lekarz specjalista w dziedzinie Gastroenterologii Dziecięcej*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 8.: HEMATOLOGIA – lekarz Poradni Hematologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację II stopnia z Pediatrii oraz specjalizację II stopnia z Onkologii i Hematologii Dziecięcej lub tytuł specjalisty z Onkologii i Hematologii Dziecięcej*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 9.: KARDIOLOGIA – lekarz Poradni Kardiologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Pediatrii oraz specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Kardiologii Dziecięcej (względnie Kardiologii) bądź lekarz Pediatrii w trakcie specjalizacji z Kardiologii Dziecięcej*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 10.: LARYNGOLOGIA – lekarz Poradni Laryngologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Otorynolaryngologii Dziecięcej (względnie Otorynolaryngologii) bądź lekarz w trakcie specjalizacji z jednej z wymienionych wcześniej specjalizacji*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 11.: NEFROLOGIA – lekarz Poradni Nefrologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Nefrologii lub Nefrologii Dziecięcej (względnie Pediatrii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia) bądź lekarz w trakcie specjalizacji z Nefrologii/Nefrologii dziecięcej*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 12.: NEONATOLOGIA – lekarz Poradni Patologii Noworodków i Wcześniaków (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Neonatologii (względnie Pediatrii)*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 13.: NEUROLOGIA – lekarz Poradni Neurologicznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Pediatrii oraz specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Neurologii Dziecięcej*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 15.: ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA – lekarz Poradni Ortopedycznej i Wad Postawy (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Ortopedii i Traumatologii bądź lekarz w trakcie specjalizacji z Ortopedii i Traumatologii*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 16.: POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA – lekarz Poradni Ginekologicznej dla Dzieci i Młodzieży (Przychodnia Położniczo – Ginekologiczna)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Położnictwa i Ginekologii*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 17.: POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA – lekarz Poradni Położniczo-Ginekologicznej (Przychodnia Położniczo – Ginekologiczna)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty z Położnictwa i Ginekologii*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres 18.: PRELUKSACJA – lekarz Poradni Preluksacyjnej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania:*** *Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z Ortopedii i Traumatologii*

Imię i nazwisko:……………….…………………………………………….….……................................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...........................................................................................................................................

Adres firmy: ...............................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: ................................, miasto: ............................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..........................................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: .........................................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: ................................................................., fax: ........................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci realizacji jednego punktu procedury zdefiniowanej przez NFZ\*) | ……………………….……. pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*)** w cenie porady należy ująć diagnostykę, którą Zleceniobiorca winien zapewnić we własnym zakresie

**\*\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni)

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty

 Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: ….............................................................................................................................................................................................................……………………………………

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu i w ofercie, przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego, zgodnie z art.6 ust.1.lit.a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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).

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

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-e** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty.

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

…………………………………………………………….

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym

………………………………..………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

**Administrator danych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Dyrektor Naczelny Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8, 61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matka w i Dzieckiem w Poznaniu** ul. Krysiewicza 7/8,61 – 825 Poznań, e-mail: **iod@szoz.pl**

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie:

* w celu realizacji procesu dotyczącego niniejszego postępowania konkursowego, na podstawie dobrowolnej zgody ( podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Okres przechowywania danych osobowych:**

* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres trwania procesu rekrutacji oraz 12 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres na który została ona zawarta, a nadto przez okres 12 miesięcy od dnia jej wygaśnięcia lub rozwiązania.

**Odbiorcy danych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Pani/Pana danych będą posiadać osoby upoważnione przez Administratora do ich przetwarzania w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych.

**Prawo dostępu do danych osobowych:**

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**Konsekwencje niepodania danych osobowych:**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi Pani/Panu udział w procedurze konkursowej i będzie skutkować odrzuceniem złożeniem oferty.

**Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji mię­dzynarodowej.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……………………………………………………………………………

Data i *Podpis Przyjmującego zamówienie*