***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres:** **Patomorfologia**

**Wymagania: lekarz posiadający specjalizację, w dziedzinie patomorfologii**

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 | Stawka oferowana | Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu | Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc |
| 1 | Usługa świadczenia specjalistycznych usług medycznych z zakresu PATOMORFOLOGII. Stawka ryczałtowa za każdy miesiąc. | …........................ | 1 | …........................ |

**Uwaga\*:** Bezwzględnie pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać szacunkową ilość oferowanych usług powyżej zera oraz zaoferować stawkę usługi w powyższej tabeli.

**Oferowany termin płatności:**

………... - wyrażony w dniach (Udzielający zamówienia zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być krótszy niż 7 dni).

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ……………………………………. Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty Inne dodatkowe

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 3.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-b** „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 **Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu**
ul. Krysiewicza 7/8,

61 – 825 Poznań, e-mail: **sekretariat@szoz.pl**

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką 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*