***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zakres: OKULISTYKA – lekarz Poradni Okulistycznej (Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego)**

***Wymagania: Lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w zakresie okulistyki***

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: ................................................................., telefon kontaktowy: .......................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Minimalna ilość oferowanych usług/miesiąc\*) | Stawka oferowana (zł) |
| 1 | Usługa ambulatoryjna w postaci jednego punktu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych zdefiniowanych przez NFZ w Poradni\*) | ……………..…………… pkt./miesiąc | ….......................... zł |

**\*) uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy wskazać ilość oferowanych usług/miesiąc powyżej zera oraz zaoferować stawkę dla 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 nie widnieję w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym zgodnie z ustawą z dnia 13 maja 2016 r. 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. Bolesława Krysiewicza 7/8,

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

**Inspektor ochrony danych:**

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych **Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu**
ul. Bolesława 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*