

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....  
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

**Oferta**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarza /pielęgniarkę**  
**w Oddziałach Szpitalnych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w  
..... przez pielęgniarza /pielęgniarkę.

Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Do oferty dołączam uwierzytelnione kserokopie:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe – dyplom uzyskania tytułu pielęgniarza /pielęgniarki oraz dokumenty potwierdzające posiadanie specjalizacji lub realizowanie specjalizacji w wymaganej dziedzinie lub posiadanie kursu kwalifikacyjnego lub realizowanie kursu kwalifikacyjnego w wymaganej dziedzinie.
5. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarza /pielęgniarki.
6. Zaświadczenie o zachowaniu ciągłości zatrudnienia w zakresie świadczenia usług medycznych w zakresie pielęgniarstwa w ciągu 12 miesięcy licząc od 01.01.2023r.
7. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku pielęgniarza /pielęgniarki.
8. Polisa ubezpieczenia OC.
9. Polisa ubezpieczenia NNW.
10. Zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie bhp.
11. Wypełniony formularz ofertowy.
12. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
13. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach 1,2,3,8,11,12 oraz listy pielęgniarzy /pielęgniarek wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał z nimi zawarte umowy, oświadczenie, że podmiot posiada wymagane dokumenty dotyczące uprawnień wykazanych pielęgniarzek tj. dyplom, numer prawa wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące posiadanych specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych, dokumenty dotyczące badań lekarskich uprawniających do wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące ubezpieczenia, przeszkolenia bhp wraz z oświadczeniem, że pielęgniarze /pielęgniarki wykazani w ofercie posiadają ciągłość w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie:

..... **zł brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Psychiatrycznym (CZP).

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od ..... do.....  
w wymiarze około ..... godz./ mies.

Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Konkursu w dniach i godzinach uzgodnionych w drodze porozumienia Stron z Udzielającym Zamówienia.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej

\*właściwe zaznaczyć

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....  
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....  
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....  
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że pielęgniarki, z którymi na dzień ..... zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej

### Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z zapisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, adres e-mail: [sekretariat@szpital-chrzanow.pl](mailto:sekretariat@szpital-chrzanow.pl), tel.: 32 6247029. W Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo kontaktować, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, pod adresem e-mail: [iod@szpital-chrzanow.pl](mailto:iod@szpital-chrzanow.pl) lub przesyłając korespondencję na adres siedziby Administratora.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem konkursowym na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, zgodnie z Regulaminem Konkursu Ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO. w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy oraz realizacją związanych z tym obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi i kurierzy, banki w zakresie realizacji płatności, podmioty świadczące na rzecz Administratora usługi niezbędne do wykonania zobowiązań nałożonych na niego przez przepisy prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa, a w przypadku zawarcia umowy przez okres niezbędny do wykonania umowy, a po tym czasie przez okres i w

zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego, a także przez okres i w zakresie niezbędnym dla zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami.

5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i prawo do przenoszenia danych, o ile będą miały zastosowanie. Z praw powyższych może Pani/ Pan skorzystać składając odpowiedni wniosek: mailowo lub listownie do Inspektora Ochrony Danych na adres: e – mail: [iod@szpital-chrzanow.pl](mailto:iod@szpital-chrzanow.pl) lub adres korespondencyjny: Inspektor Ochrony Danych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16 , 32-500 Chrzanów lub osobiście w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne realizacji celów określonych w pkt. 3.
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej