

OFERTA z dnia

**na wykonywanie świadczeń z zakresu usług farmaceuty wraz z pełnieniem funkcji Kierownika
Apteki Szpitalnej**

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa, imię i nazwisko:

.....
.....

2. Adres (oraz adres do korespondencji jeśli jest inny):

.....
.....

3. Izba rejestrująca w Centralnym Rejestrze Farmaceutów :

.....
.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu:

5. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji):

6. NIP

7. PESEL

8. REGON

9. Nr księgi rejestrowej

10. Telefon, mail:

11. Doświadczenie zawodowe oferenta w zakresie objętym postępowaniem konkursowym (w latach)

.....

12. Potwierdzenie gotowości do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym:

a) w dni powszednie (od poniedziałku do piątku) TAK/NIE*

b) w wybrane dni powszednie TAK/NIE*

określenie dni tygodnia:.....

* *niepotrzebne skreślić*

II. PRZEDMIOT OFERTY

Zakres oferowanego świadczenia – z zakresu usług farmaceuty wraz z pełnieniem funkcji Kierownika Apteki Szpitalnej:

Cena brutto miesięcznie PLN za świadczenie usług farmaceuty z pełnieniem funkcji Kierownika Apteki Szpitalnej

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert” oraz projektami umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu, a także nie jestem ograniczony/a w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadaną specjalizacją.
4. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, jak również zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami prawnymi, w tym z zachowaniem przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych i BHP.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą wykonywane przeze mnie osobiście.
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
8. Zobowiązuję się do użytkowania otrzymanych od udzielającego zamówienia pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, leków, materiałów medycznych, preparatów diagnostycznych oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielania świadczenia zdrowotnego w sposób zgodny z prawem i zasadami używania tego sprzętu i urządzeń.
9. Posiadam polisę ubezpieczenia OC prowadzonej przeze mnie działalności leczniczej oraz zobowiązuję się do kontynuowania tego ubezpieczenia i niezwłocznego przedkładania uwierzytelnionej kserokopii polisy ubezpieczenia OC Udzielającemu zamówienia.
10. Zobowiązuję się do poddania kontroli przez Oddział Wojewódzki NFZ oraz Udzielającego zamówienia w zakresie wynikającym z realizacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia.
11. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
12. Akceptuję wymagania Udzielającego zamówienia.
13. Zobowiązuję się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienie dokumentów potwierdzających dane umieszczone w formularzu oferty i SWKO.

III. ZAŁĄCZNIKI:

1. Prawo wykonywania zawodu.
2. Dyplom ukończenia studiów.
3. Kopie pozostałych dokumentów kwalifikacyjnych (specjalizacje).
4. Zaświadczenie o wpisie do Centralnego Rejestru Farmaceutów.

5. Polisa ubezpieczeniowa, zgodna z obowiązującymi przepisami.

.....
Data i podpis oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku.

2. Jeśli ma Pani / Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Administratora, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Administratorem Pani / Pana danych osobowych osobiście, za pomocą adresu e-mail: b.duch@obslogarodo.pl, bądź korespondencyjnie na adres Administratora.

3. Administrator danych osobowych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym skontaktować się można pod adresem e-mail: b.duch@obslogarodo.pl.

4. Administrator przetwarza Pani / Pana dane osobowe na podstawie:

1) art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, a w szczególności w związku z:

- a) ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- b) ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- c) ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) art. 6 ust. 1 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;

3) art. 6 ust. 1 lit. e RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;

5. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane są w celu / celach:

- a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze;
- b) realizacji zawartych umów;
- c) w pozostałych przypadkach Pani / Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

6. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 5 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa; b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku.; c) podmioty, których uprawnienie do dostępu do danych osobowych wynika z obowiązujących przepisów.

7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 5, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

8. W związku z przetwarzaniem Pani / Pana danych osobowych przysługują Pani / Panu następujące uprawnienia: a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych; b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne; c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy przepisy prawa na to pozwalają, e) prawo do przenoszenia danych – w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki: - przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tą osobę, - przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany; f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki: - zaistnieją przyczyny związane z Pani / Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w ramach działalności prowadzonej przez Administratora, - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych.

9. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani / Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

10. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu Pani / Pana danych osobowych, przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.

11. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią / Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny. Jednak brak podania danych uniemożliwi realizację celu, w którym dane są przetwarzane. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

12. Pani / Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

ADWOKAT

Aleksandra Nowak