# Załącznik nr 1 do KO

**Oferta**

Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- wykonywanie świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji oddziału

- dyżury medyczne,

-całodobowa opieka lekarska /kontrakt całościowy/ w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami oddziału .........................................................................

- nocna i świąteczna opieka medyczna …...............................................................................................

- inne: ………………………………………………………………………...

w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

**I. Dane o oferencie:**

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

adres: ….....................................................................

specjalizacja: …...........................................................

prawo wykonywania zawodu nr …............... wydane przez.................................................

wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą …........................................

nazwa działalności: ….............................................

adres: …..................................................................

NIP …................................................ REGON …........................................................

dane do kontaktu telefon ….......................... lub e-mail ….............................................

**II. Proponowana kwota należności za udzielanie świadczenia:**

- w dni powszednie, soboty, niedziele i święta …............................................zł/h

- kontrakt całościowy .................................................zł/h

- inne warunki wynagrodzenia(np. procent lub kwota za zrealizowaną procedurę, badanie)   
….........................................................................

**III. Proponowany czas trwania umowy:** …............................................

**IV. Załączniki:**

1. Dyplom: lekarza, lekarza specjalisty, prawo wykonywania zawodu.

1. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

2. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich.

3. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.

4. Orzeczenie lekarskie o braku p/wskazań do pracy, szkolenia Bhp

5. inne dokumenty ….............................................................

Oświadczam, że: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie, zgodnie z art.6 ust.1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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).. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

**…........................................** ..……………………

data podpis oferenta