

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA

Ja /My, niżej podpisany/ni

.....
działając w imieniu i na rzecz

.....
(pełna nazwa oferenta)

.....
(adres siedziby oferenta)

REGON.....

Nr NIP.....

Nr telefonu.....

e-mail.....

w odpowiedzi na Ogłoszenie o konkursie ofert na zawieranie przez Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie umów o udzielanie zamówień na świadczenia opieki zdrowotnej w przedmiocie

.....
..... składam/y niniejszą ofertę.

1. Oferuję wstępnie wykonywanie zamówienia zgodnie z dokumentami konkursu wg stawki zł brutto (słownie:.....) za godzinę,
- dyżur pod telefonem wg stawki.....zł brutto (słownie:.....) za godzinę,
- przyjazd na wezwanie z dyżuru pod telefonem wg stawki.....zł brutto (słownie:.....) za godzinę.
2. Oświadczam/y, że w przypadku akceptacji naszej oferty i ewentualnie po przeprowadzonych rokowaniach zobowiązuję/my się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu, w tym szczegółowym opisie przedmiotu postępowania i zgodnie z wzorem umowy w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z przepisami 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)*, ustawą z 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000), innymi przepisami dotyczącymi przetwarzania danych [w tym przepisami branżowymi] i zapewniam/y Udzielającemu zamówienia wystarczające gwarancje bezpieczeństwa, aby przetwarzanie danych było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.
4. **Oświadczam/y, że w ramach prowadzonej działalności zatrudniam/y / nie zatrudniam/y* pracowników.**

Do oferty załączam/y następujące dokumenty:

.....
.....
.....
Ofertę składam/y nakolejno ponumerowanych stronach.

Pouczenie:

Na podstawie art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję/my, że:

1. **Administratorem Pani/Pana/Państwa danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” z siedzibą przy ul. Mącznej 4, 70-780 Szczecin, NIP 955-14-89-094, REGON 000291411, nr tel. 91 8806200, e-mail: szpital@szpital-zdroje.szczecin.pl.**
2. *Pani/Pana/Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na realizację zamówienia, na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz w celu realizacji usługi określonej w umowie i oparte jest na właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami podstawie prawnej tj. w przypadku danych zwykłych art. 6 ust. 1 pkt. b)c) oraz w przypadku danych szczególnych kategorii art. 9 ust 2 pkt. h) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.*
3. *Jest/Są Pani/Pan/Państwo zobowiązana/y/i do podania danych osobowych. Obowiązek podania danych wynika z właściwych przepisów prawa, a w szczególności związanych z udziałem w postępowaniu konkursowym, ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Odmowa podania przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych uniemożliwi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym/ zawarcie umowy na udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.*
4. *Pani/Pana/Państwa dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.*
5. *Pani/Pana/Państwa dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. przez okres od dnia zakończenia postępowania konkursowego, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały czas jej trwania oraz okres niezbędny do dochodzenia roszczeń wynikających z treści zawartej umowy.*

Ma/ją Pani/Pan/Państwo prawo do:

1. *Dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa,*
2. *Wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna/ją Pani/Pan/Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa.*
3. *Kontaktowania się z Inspektorem ochrony danych SPS ZOZ „Zdroje” we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu/Państwu na mocy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dzwoniąc pod nr tel. 91 8806305, e-mail: iod@zoz-zdroje.pl.*

....., dn.

.....
(podpis upoważnionego przedstawiciela oferenta)

*niepotrzebne skreślić