

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zgodnie z zasadami wykonywania zawodu
psychoterapeuty^{*)}, psychologa ^{*)}, terapeuty środowiskowego ^{*)}

Poradni Psychologicznej dla Dzieci
Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

I. Dane o Oferencie:

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

.....

.....

.....

.....

Nr telefonu;

NIP:

REGON:

Oferuję udzielanie świadczeń w zakresie:

Zakres świadczeń	Proponowane wynagrodzenie (brutto zł/h)	Oferowana liczba godzin świadczenia w miesiącu kalendarzowym
Udzielanie świadczeń w ramach uprawnień i kwalifikacji psychoterapeuty w Poradni Psychologicznej dla Dzieci		
Udzielanie świadczeń w ramach uprawnień i kwalifikacji psychologa w Poradni Psychologicznej dla Dzieci		
Udzielanie świadczeń w ramach uprawnień i kwalifikacji terapeuty środowiskowego w Poradni Psychologicznej dla Dzieci		

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy (zastrzeżenia do umowy w piśmie z dnia..... *)
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej

odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.

3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert.

4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

5. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.

6. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy*).

7. Samodzielnie rozliczam się z US i ZUS - zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w ZUS celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

8. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.

9. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.

10. Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

.....

.....

miejscość, data

.....

podpis Oferenta wraz z pieczętą

OŚWIADCZENIE

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: SPZZOZ Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do którego złożył/a Pan/Pani formularz Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawnionym do kontroli działalności Szpitala. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody, a także nie skutkuje usunięciem danych w takim zakresie w jakim obowiązujące przepisy prawa zobowiązują Administratora Danych Osobowych do ich dalszego przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w wypadku jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy złożyć w formie pisemnej na adres Szpitala.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez SPZZOZ Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli, siedziba: ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola – Administratora Danych Osobowych, celem wykorzystania podanych przeze mnie

dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń, na jakie złożyłam/em ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych,

.....
data, czytelny podpis Oferenta

**Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.
Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.**

.....
data, czytelny podpis Oferenta

Decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu oferty

Oferta została przyjęta / odrzucona *).
Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas
tj. od dnia roku do dnia roku .

Oferta została odrzucona z powodu
.....
.....

.....
data i podpis
Przewodniczącego Komisji Konkursowej

*) niepotrzebne skreślić