***Załącznik nr 3***

 ***„ Szczegółowych warunków konkursu ofert”***

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:Warszawa, dnia……………………..……………..r.

Nazwa: **MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE**

Siedziba: **04-749 Warszawa, ul. Bursztynowa 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na:** **udzielanie indywidualnych całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie: zawodowych czynności pielęgniarskich, o których mowa w art. 4 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki**

 **i położnej ( tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ) w ramach pełnienia dyżurów w ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **DANE OFERENTA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko lub****pełna nazwa firmy pod którą działa Oferent** |  |
| **ADRES** | **kod pocztowy** |  |
| **miejscowość** |  |
| **ulica** |  |
| **nr domu / mieszkania** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **adres email** |  |
| **telefon** |  |

1. **oFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**
2. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
3. posiada uprawnienia, wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
4. **Okres, na jaki oferta została złożona ………………………………………………………………………………………..**
5. **Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń pielęgniarskich miesiącu……………………......**
6. **Warunki wynagrodzenia w kwocie …………………… zł za jedną godzinę wykonywania świadczeń pielęgniarskich słownie……………………………………...…………………………………………………………………………………………….**

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu, w zakresie KRYTERIUM CENA, będzie skutkowała odrzuceniem oferty**

 ………………………………………………………………………………………………………

 **(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)**

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

*1) Administratorem danych osobowych Oferenta jest Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie, adres: ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa;*

*2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mssw.pl;*

*3) Administrator będzie przetwarzał dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO w zw. z art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;*

*4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);*

*5) Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*

*6) Oferent ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

*1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.*

*2) Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*

*3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;*

*4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe Oferenta.*

*W celu zapewnienia, że Oferent dopełni obowiązku informacyjnego oraz ochrony prawnie uzasadnionych interesów osoby trzeciej, której dane zostały przekazane w związku z udziałem Oferenta w postępowaniu, Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie świadczeń medycznych w trybie ustawy o działalności leczniczej.\**

*\* W przypadku gdy Oferent nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Oferent nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

Warszawa, dnia................................ ..............................................

 *podpis Oferenta*

***Spis załączników:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty** **(zaznaczyć„x”)** |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Formularz ofertowy |  |  |
| 2 | Dokument potwierdzający posiadanie PWZ |  |  |
| **3** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych |  |  |
| **4** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) **nie starszy niż 3 miesiące** |  |  |
| **5** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) **nie starszy niż 6 miesięcy** |  |  |
| **6** | Poświadczone przez Oferenta kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacji i uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki:- kserokopia dyplomu ukończenia szkoły, - kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych (z wyłączeniem Bloku Operacyjnego) |  |  |
| **7** | Inne dodatkowe dokumenty np.kserokopia dyplomu specjalizacji / kursu kwalifikacyjnego / kursu specjalistycznego |  |  |
| **8** | Kserokopia aktualnej polisy OC poświadczona przez Oferenta |  |  |
| **9** | CV |  |  |
| **10** | Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeńna stanowisku objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarzamedycyny pracy |  |  |
| **11** | Aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych |  |  |
| **12** | Zaświadczenie o odbytym szkoleniu BHP |  |  |
| **13** | Oświadczenie:- że przeciwko oferentowi nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej |  |  |
| **14** | Inne , wymienić jakie…. |  |  |

.................................................

 Podpis Oferenta