**Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków**

 **konkursu ofert postępowanie nr 16/2022**

FORMULARZ OFERTOWY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez:

**ratownika medycznego/pielęgniarkę/pielęgniarza systemu
z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym**

w
Szpital Lipno Sp. z o.o.

ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno

1. Imię i nazwisko oferenta: …..……………………………………………………………….
2. Nazwa dz. gosp./praktyki: …………………………………………………………………..
3. Adres prowadzenia dz. gosp./praktyki: …………………………………………………….
……………………………………………………………………………………………....
4. Adres zamieszkania: …..………………………………………………….……….………..
5. Nr telefonu: ………………………………, Adres e-mail: ………………………………...
6. Nr PESEL: …………………………………………………………………………………..
7. Nr REGON: ………………………………, Nr NIP: ………………………………………
8. Nr dyplomu: ………………………………, data wydania: ……..………….….……… wykształcenie:………………………………………………………………………………
9. PWZ: ………………………………..., data wydania: …………………………………….
10. Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą OIPiP (jeżeli posiada):
…………………………………………………..…………………………………………..
11. Nazwa ukończonego kursu kwalifikacyjnego:

………………………………………………………………………………………………

1. Data uzyskania kursu kwalifikacyjnego: …………………………………………………..
2. Prawo jazdy nr……………………………., kategorie:…………………………………… data wydania ……………………………...
3. Zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym nr ……………………………..,

w zakresie kategorii prawa jazdy: …………………………………………………………,

data wydania …………………….………, data ważności ……………….………………,

czy oferent odbył kurs na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym **tak/nie**\*,
jeżeli tak proszę o podanie daty ukończenia kursu …………………………….

1. **Propozycja terminu zawarcia umowy: od** …….…..………… **do** ……………………....
2. Propozycja cenowa oferenta za 1 h udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena brutto (w zł)** | **Rodzaj udzielanych świadczeń** |
|   | za 1 godz. udzielania świadczeń i kierowanie ambulansem w Zespołach Ratownictwa Medycznego |
|   | za 1 godz. udzielania świadczeń w Transporcie Sanitarnym  |
|  | za 1 godz. udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć |

1. **Propozycja liczby godzin udzielanych świadczeń miesięcznie:**
* minimalna liczba godzin: ................................................................................
* maksymalna liczba godzin:.............................................................................
1. Oświadczenie o stażu pracy w zawodzie – potwierdzone odpowiednimi dokumentami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Miejsce wykonywania zawodu ratownika med./pielęgniarki** | **lata**  | **miesiące** |
| a. | w pogotowiu ratunkowym w Zespołach Ratownictwa Medycznego |   |   |
| b. | w szpitalnym oddziale ratunkowym |   |   |
| c. | w izbie przyjęć szpitala, oddziale pomocy doraźnej |   |   |
| **Razem staż w zawodzie ratownika med./pielęgniarki:** |   |   |

\* *niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych, pielęgniarki/pielęgniarzy sytemu, w tym z uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym, szczegółowymi warunkami konkursu SWKO oraz wzorem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Złożone przeze mnie kserokopie dokumentów zgodne są z oryginałami.

……………………………… ……………………………………………..

 data podpis oferenta

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z zapisami 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 osobowych – RODO ), **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\*
 na przetwarzanie moich danych kontaktowych przez administratora danych, którym jest
Szpital Lipno Spółka z o.o. w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji i komunikacji ze mną. Jednocześnie oświadczam, że poniższe dane przekazuję świadomie i dobrowolnie.

…………………………………………………………

 data i czytelny podpis

|  |
| --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KANDYDATÓW DO PRACY** |
| Lipno dnia …………………..……….Zgodnie z art. 13 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 ( zwanym dalej RODO) Administrator Danych w Szpital Lipno Spółka z o.o. informuje Panią/Pana, że:1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Lipno Spółka z o.o. z siedzibą przy ul. Nieszawskiej 6 , 87-600 Lipno; w imieniu którego występuje Prezes Szpitala, tel. 54 2880415/54 2880412 – fax, adres email: sekretariat@szpitallipno.pl, adres strony internetowej: www.szpitallipno.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Państwo się skontaktować w sprawach ochrony danych osobowych i realizacji swoich praw pod adresem e-mail: iod.szpitallipno@szpitallipno.pl lub pisemnie na adres podany w pkt. 1. lub telefonicznie dzwoniąc na nr. tel. kontaktowego: 603 392 744
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego;
4. Dane osobowe w zakresie wskazanym w przepisach prawa dotyczących postępowania rekrutacyjnego będą przetwarzane na podstawie przepisów kodeksu pracy (art. 221 Kodeksu Pracy) oraz na podstawie Art. 6, ust 1, lit. b RODO, jako dane niezbędne do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
5. Inne przekazane przez Państwo dane osobowe (np. dane wizerunkowe), na podstawie udzielonej przez Państwo zgody na podstawie Art. 6, ust 1, lit. a RODO
6. Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe, także w kolejnych naborach pracowników jeżeli wyrazi Pani/Pan na to zgodę;
7. Udzielone przez Panią/Pana zgody mogą zostać odwołane w dowolnym czasie;
8. Pani/Pana dane zgromadzone w obecnym procesie rekrutacyjnym będą przechowywane do zakończenia procesu rekrutacji. W przypadku wyrażonej przez Panią/Pana zgody na wykorzystywane danych osobowych dla celów przyszłych rekrutacji, Państwa dane będą wykorzystywane przez 20 miesięcy;
9. Ma Pani/Pan prawo do:
10. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
11. do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
12. do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
13. do usunięcia danych osobowych;
14. do cofnięcia zgody, gdy przetwarzamy Państwa dane na podstawie udzielonej zgody;
15. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa);
16. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wynikającym z art. 221 Kodeksu Pracy jest niezbędne, aby uczestniczyć w postępowaniu rekrutacyjnym. Podanie przez Państwa innych danych jest dobrowolne.
17. Administrator nie planuje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do organizacji międzynarodowej lub państwa trzeciego, spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
18. Dane nie będą objęte procesami zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani też nie będą podlegać profilowaniu.

………………………………………………………*(zapoznałem/łam się – czytelny podpis)* |