Konkurs nr 35/2018/W **Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia Udzielający zamówienia)

**DANE OFERENTA:**

Imię i Nazwisko:…………………….……………………………….……………………………..

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

…………………………………………………………………………………….……………………

…………………………………………………………………………………….……………………

Telefon: ……………………….……… e-mail : …………………………………………………….…

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

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w lokalizacji Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie przy ul. A. Jagalskiego 10 w zakresie (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać więcej niż jeden zakres):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale** **od min-do max****w ramach normalnej ordynacji****miesięcznie/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności**  |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1 | III.1. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Urologii – ordynacja i dyżury, wezwanie na telefon |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja  | Wynagrodzenie za 1 godzinę usług na wezwanie w ramach przyjazdu w ramach dyżuru pod telefonem | Wynagrodzenie za 1 godzinę dyżuru pod telefonem |  |
|  |  |  |
| 2.  | III.2. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Urologii wraz z kierowaniem pracą lekarzy Oddziału |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja i kierowanie | Wynagrodzenie za 1 godzinę usług na wezwanie w ramach przyjazdu w ramach dyżuru pod telefonem | Wynagrodzenie za 1 godzinę dyżuru pod telefonem |  |
|  |  |  |
| 3 | III.3. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Urologii wraz zastępstwem kierującego pracą lekarzy Oddziału  |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja z zastępstwem | Wynagrodzenie za 1 godzinę usług na wezwanie w ramach przyjazdu w ramach dyżuru pod telefonem | Wynagrodzenie za 1 godzinę dyżuru pod telefonem |  |
|  |  |  |
| 4. | III.4. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Neurologii z Oddziałem Udarowym – ordynacja i dyżury. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |
| 5. | III.5. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Neurologii z Oddziałem Udarowym – ordynacja i dyżury wraz z zastępstwem kierującego pracą lekarzy Oddziału. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja z zastępstwem  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |
| 6.  | III.6. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Neurologii z Oddziałem Udarowym – ordynacja i dyżury wraz z odczytem i opisem EEG. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 odczyt z opisem badania EEG |  |
|  |
| 7. | III.7. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Neurologii z Oddziałem Udarowym – ordynacja i dyżury wraz z wykonywaniem neurologicznych badań profilaktycznych |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |  |
| Cena za 1 wykonanie neurologicznego badania profilaktycznego |  |
|  |  |
| 8. | III.8. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Neurologii z Oddziałem Udarowym – dyżury wraz z odczytem i opisem EEG. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 odczyt z opisem badania EEG  |
|  |
| 9. | III.9. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego – kierowanie Pracownią Hemodynamiczną przy Oddziale Kardiologii i Angiologii Interw. |  | Wynagrodzenie - stawka miesięczna za kierowanie |  |
|  |
| 10 | III.10. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Okulistyki – ordynacja, procedury wykonywane na wezwanie , wraz z kierowaniem pracą lekarzy oraz wykonywaniem zabiegów komercyjnych i praca w Poradni Okulistycznej. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja i kierowanie | Wynagrodzenie - % od procedury wykonanej na wezwanie  | Wynagrodzenie za świadczenie w Poradni za 1 godzinę świadczenia usług |  |  |
|  |  ……..% |  |  |
| Wynagrodzenie za zabiegi komercyjne |
| Zaćma | Zaćma powikłana |  |
| Cena operatora | Cena operatora |  |
|  |  |  |
| Cena lekarz kwalifikujący | Cena lekarz kwalifikujący |  |
|  |  |  |
| 11. | III.11.Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Położnictwa i Ginekologii wraz z kierowaniem pracą lekarzy Oddziału |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja i kierowanie pracą Oddziału | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru na wezwanie  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |  |
| 12 | III.12. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Położnictwa i Ginekologii – wraz z zastępstwem kierującego pracą lekarzy Oddziału |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |
| Wynagrodzenie - miesięczny dodatek kwotowy za zastępstwo |
|  |
| 13 | III.13. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Położnictwa i Ginekologii – ordynacja i dyżury. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |
| 14 | III.14. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Położnictwa i Ginekologii – dyżury. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niezależnie od pory dnia, w piątek-niedz i święta |  |
|  |
| 15. | III.15.Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Pediatrii oraz SOR Pediatrycznym – ordynacja i dyżury |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niezależnie od pory dnia, w piątek-niedz i święta |  |
|  |  |
| 16. | III.16.Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Pediatrii – ordynacja, dyżury, w tym w Oddziale SOR Pediatrycznym wraz z kierowaniem pracą lekarzy Oddziału Pediatrii |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja i kierowanie | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |
| 17. | III.17.Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Pediatrii oraz SOR Pediatrycznym Pediatrii – dyżury. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niezależnie od pory dnia, w piątek-niedz i święta |  |
|  |
| 18. | III.18.Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Dermatologii – dyżury. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niezależnie od pory dnia, w piątek-niedz i święta |  |
|  |
| 19. | III.19. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w SOR – ordynacja i dyżury. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę ordynacji lub dyżuru niezależnie od pory dnia, w piątek-niedz i święta |  |
|  |
| 20. | III.20. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w SOR – ordynacja i dyżury wraz z kierowaniem pracą lekarzy Oddziału. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja z kierowaniem  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz i święta |  |
|  |  |  |
| 21.  | III.21. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Zespołach Ratownictwa Medycznego – karetka specjalistyczna „S” |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług |  |
|  |
| 22. | III.22. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Otolaryngologii – ordynacja, dyżury i dyżury pod telefonem, w tym wykonywanie zabiegów komercyjnych zgodnych ze specyfiką Oddziału; świadczenie usług w Poradni Laryngologicznej. |  | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz.i święta |  |
|  |  |  |
| Wynagrodzenie za 1 godz. dyżuru pod telefonem | Wynagrodzenie za 1 godzinę usług na wezwanie w ramach przyjazdu w ramach dyżuru pod telefonem | Wynagrodzenie za zabiegi komercyjne: | Wynagrodzenie za zabiegi komercyjne: |
| Adenotomia | Adenotomia |
|  |  | Cena operatora | Cena operatora |
|  |  |
| Cena lekarz kwalifikujący | Cena lekarz kwalifikujący |
|  |  |
| Wynagrodzenie za wykonywanie świadczeń w Poradni Laryngologicznej zgodnych z katalogiem NFZnależy podać % wartości świadczenia od wyceny NFZ (Udzielający Zamówienia wypłaci tę wartość pomniejszoną o koszty diagnostyki) |
|  |
| 23. | III.23. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Neonatologii – dyżury |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług |  |
|  |
| 24 | III.24. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Okulistyki – programy lekowo-zdrowotne w Oddziale Okulistyki |  | Wynagrodzenie - diagnostyka AMD - za 1 pacjenta | Wynagrodzenie - iniekcja doszklistkowa (podawanie leku) – za 1 pacjenta | Wynagrodzenie – porada z iniekcją- za 1 pacjenta | Wynagrodzenie - Porada kontrolna bez iniekcji- za pacjenta |  |
|  |  |  |  |

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Ceną oferty dla zakresu III.1.-III.8. i III.10.-III.13. i III.15.-III.16., III.20., III.22., III.24.. jest suma stawek poszczególnych wynagrodzeń z tabeli.
3. Ceną oferty dla zakresu III.9. jest stawka miesięczna za wykonywanie usług.
4. Ceną oferty dla zakresu III.14., III.17., III.18., III19., III.21., III.23. jest stawka podanego wynagrodzenia.

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuje ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – wykaz w załączeniu\*.
2. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
3. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję osobą zdolną do wykonania zamówienia oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
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. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
7. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
8. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
9. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
10. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
11. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. Oświadczam, że w spółce Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\*) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.
13. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia, w tym rozszerzenia rodzaju świadczeń komercyjnych lub finansowanych ze środków publicznych, a nie objętych niniejszym konkursem.
14. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… |  .………………………….. |
|  Miejscowość, data | Podpis oferenta / upoważnionego przedstawiciela\*\*\*- wraz z pieczątką |

\*\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** |
| **KRYTERIUM - KWALIFIKACJE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY:** |
| PROFESOR | 5 pkt |   |
| DOKTOR HABILITOWANY N. MED. | 4 pkt |   |
| DOKTOR N. MED. | 3 pkt |   |
|  |
| **1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU ODDZIAŁU/KOMÓRKI, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada** |
|  | 3 pkt |   |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |   |
|  | 3 pkt |  |

**\* CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA w latach\*\* – potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego jako warunek konieczny uwzględnienia oceny.** |
| brak | 0 pkt |   |
| do 2 lat | 1 pkt |   |
| powyżej 2 do 4 lat | 2 pkt |   |
| powyżej 4 lat do 8 lat | 3 pkt |   |
| powyżej 8 | 5 pkt |  |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **3. DYSPOZYCYJNOŚĆ** |
| **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU w RAMACH NORMALNEJ ORDYNACJI, GDY OFERTA ZAWIERA ORDYNACJĘ LUB W RAMACH POZOSTAŁYCH GODZIN DYSPOZYCYJNOŚCI, GDY OFERT NIE ZAWIERA ORDYNACJI:)**  |
| Do 128 | 0 pkt |  |
| 129-140 | 1 pkt |   |
| 141-160 | 3 pkt |   |
| Powyżej 160 | 5 pkt |  |

**Uwaga! Deklarowana minimalna liczba godzin winna być zgodna z oferowaną liczbą godzin świadczenia usług wskazaną w formularzu ofertowo-cenowym pod rygorem uznania jako wiążącej niższej wartości.** |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ..........................* |   |
|   | ( data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta) |

**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: Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia (dalej: Szpitale Pomorskie). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu e-mail: b.swierczynska@ceynowahosp.com.pl lub drogą listu zwykłego na adres siedziby Szpitali Pomorskich: ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i c) oraz art. 9 ust. 2 pkt a), b), c) i h) RODO. 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 uprawionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu lekarskiego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych. 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 drogą poczty elektronicznej na adres mailowy b.swierczynska@ceynowa,com.pl lub drogą poczty tradycyjnej, w formie pisemnej na adres siedziby spółki Szpitale Pomorskie.

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 spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

 NIE

1. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………

 (data, czytelny podpis)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

…………..................................................

(data, podpis Oferenta/upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\* )

\*\*\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę