Załącznik Nr 1 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

(miejscowość, data)

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię i nazwisko Oferenta ................................................................................................................................

Firma …………………………………………………………………………………………….………….

Adres Firmy ………………………………………………............................................................................

NIP…………………………..REGON…………………

Adres do korespondencji …............................................................................................................................

tel. kontaktowy .......................................... adres email........................................................................

1. Składając ofertę w uzupełniającym konkursie ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne podejmowane przez lekarzy systemu, w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego oferuję kwotę:

* dla dyżuru pełnionego w dni powszednie od 7.00 do 15.00 oraz dyżuru pełnionego w dni wolne od pracy w godz.7.00 do 7.00

……………………………………… zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń

(słownie: ………………………………………………………………………..)

* dla dyżuru pełnionego w dni powszednie od 15.00 do 7.00

……………………………………… zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń

(słownie: ………………………………………………………………………..)

1. Proponowana maksymalna miesięczna liczba godzin udzielania przeze mnie świadczeń objętych przedmiotem konkursu wynosi ………... godzin,

Minimalna miesięczna liczba godzin wynosi………………………

1. Jednocześnie oświadczam, że:
2. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz SWKO, które akceptuję,
3. akceptuję warunki umowy, której projekt został zawarty w Załączniku Nr 4 do SWKO i zobowiązuję   
   się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wskazanych warunkach w miejscu   
   i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia,
4. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
5. jestem świadomy, iż minimalna liczba godzin pozostawania w dyspozycji Udzielającego zamówienia, określona w SWKO oraz moja oferta w zakresie maksymalnej miesięcznej liczby godzin udzielania przeze mnie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia, nie stanowi podstawy roszczenia wobec Udzielającego zamówienia o ich przyznanie w każdym miesiącu lub roszczenia o zapłatę za gotowość do świadczenia usługi,
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niniejszego postępowania konkursowego oraz w związku z udzieleniem zamówienia na świadczenia objęte przedmiotem konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019, poz. 1781  
   ,ze zm.) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

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

*Data, czytelny podpis, pieczątka imienna Oferenta*

|  |
| --- |
| □ prawo wykonywania zawodu  □ dyplom specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej  □ wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą o prowadzeniu działalności w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej;  □ polisa OC  □ inne ………………………………..  ……………………………………….. |

Do oferty załączam:

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

**DLA OFERENTÓW BIORĄCYCH UDZIAŁ W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM**

**W RATOWNICTWO MEDYCZNE W ŻYWCU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   
Z SIEDZIBĄ W ŻYWCU, UL. ŻEROMSKIEGO 7, 34-300 ŻYWIEC**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych podanych w formularzu oferty jest Ratownictwo Medyczne w Żywcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Żywcu, ul. Żeromskiego 7, 34-300 Żywiec,
2. W Ratownictwo Medyczne w Żywcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą  
    w Żywcu, ul. Żeromskiego 7, 34-300 Żywiec, został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym   
   w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można skontaktować się poprzez e-mail: [iodo@ratownictwo.zywiec.pl](mailto:iodo@ratownictwo.zywiec.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
4. art. 6 ust. 1 lit. b) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do zawarcia umowy,
5. art. 6 ust. 1 lit. c) RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z udzieleniem zamówienia w trybie art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia   
   2011 r. o działalności leczniczej*.*

4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą udostępniane na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa upoważnionym podmiotom. Informacje o wybranych oferentach będą publikowane na stronie internetowej RMŻ Sp. z o.o.

5. RMŻ Sp. z o.o nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

6**.** W przypadku gdy Pani/Pana oferta nie zostanie wybrana, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez RMŻ Sp. z o.o. przez 30 dni od dnia zakończenia postępowania konkursowego.

7**.** Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia przetwarzania.

W celu skorzystania z praw, o których mowa należy skontaktować się z administratorem lub inspektorem ochrony danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

8**.** Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność udziału w postępowaniu konkursowym.

9. Gdy uzna Pan/Pani, iż RMŻ Sp. z o.o. jako administrator danych, przetwarza je w sposób naruszający przepisy RODO ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą klauzulą informacyjną:

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

*Data, czytelny podpis i pieczęć Oferenta*