

Załącznik nr 1 do SWKO

## FORMULARZ OFERTOWY

### 1. DANE OFERENTA

|                                              |                                                   |       |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|
| NAZWA OFERENTA (W BRZMIENIU PODANYM W CEIDG) |                                                   |       |
| KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ                   | PEŁEN ADRES POD JAKIM PROWADZONA JEST DZIAŁALNOŚĆ |       |
| PESEL                                        | NIP                                               | REGON |
| NR TELEFONU                                  | ADRES E-MAIL OFERENTA                             |       |

### 2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO

|                |
|----------------|
| LEKARZ SYSTEMU |
|----------------|

### 3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ STAWKĘ:

a) w przypadku powierzenia funkcji LEKARZA SYSTEMU zespołu ratownictwa medycznego:

|    |                                                                                                                   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| zł | za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako lekarz systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

|                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w wymiarze miesięcznym: |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### 5. WYMAGANE DOKUMENTY:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> dyplom ukończenia studiów medycznych</li><li><input type="checkbox"/> dyplom poświadczający kwalifikacje zawodowe</li><li><input type="checkbox"/> prawo wykonywania zawodu</li><li><input type="checkbox"/> zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą</li><li><input type="checkbox"/> Curriculum Vitae</li><li><input type="checkbox"/> zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej</li><li><input type="checkbox"/> zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego</li><li><input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej</li><li><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy</li><li><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych</li><li><input type="checkbox"/> zaświadczenie o przeszkoleniu BHP</li></ul> | <b>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów.</b><br>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenia w stanie faktycznym.
- Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z projektem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej RODO), informujemy, że:

- 1) Administratorem Pana/i danych osobowych jest Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe z siedzibą w Pruszczu Gdańskim (83-000), ul. prof. M. Raciborskiego 2A, adres do korespondencji: 83- 000 Pruszcz Gdański ul. prof. M. Raciborskiego 2A z dopiskiem IOD.
- 2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: [iod@pogotowiepruszcz.pl](mailto:iod@pogotowiepruszcz.pl)
- 3) Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest przeprowadzenie procesu konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 450 z późn. zm.).
- 4) W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert Pana/i dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie działania systemu SWD PRM, w pozostałych przypadkach Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 **RODO**.
- 5) Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procedury konkursu ofert a po jego zakończeniu zostaną usunięte zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e) RODO.
- 6) Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
- 7) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 450 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 91 z późn. zm.).
- 9) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- 10) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

.....  
data i miejscowość

.....  
podpis oferenta