**O F E R T A**

dotycząca zawarcia umowy na udzielanie świadczeń medycznych

w zakresie**: porad lekarza specjalisty rehabilitacji dla dorosłych w** **Oddziale Dziennym Rehabilitacji oraz nadzór merytoryczny nad pracą oddziału dziennego rehabilitacji w Przychodni przy ul. Powstańców Śląskich 19 i w rehabilitacji ambulatoryjnej w Przychodni przy ul. Wrocławskiej 19**

**OFERENT ..................................................................................................**

**ADRES.......................................................................................................**

**....................................................................................................................**

**Tel:..............................................................................................................**

**Oświadczam,** że zapoznałem się z treścią ogłoszenia podanego na stronie internetowej Zespołu oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Ogłoszeniodawcy oraz warunkami konkursu przedstawionymi w informatorze konkursowym.

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

/podpis/

**OFERTA**

1. Proponowana **stawka za przepracowaną** **jedną godzinę** w rehabilitacji ambulatoryjnej **w Przychodni przy ul. Wrocławskiej 19** ………………………………………………………………………………..
2. Proponowana stawka za przepracowaną jedną godzinę **oddziale dziennym rehabilitacji oraz nadzór merytoryczny nad pracą oddziału dziennego rehabilitacji w przychodni przy ul. Powstańców Śląskich 19……………………..**
3. Proponowana ilość przepracowanych **godzin tygodniowo** w rehabilitacji ambulatoryjnej **w Przychodni przy ul. Wrocławskiej 19** …………………………

**4.** Proponowana ilość przepracowanych **godzin tygodniowo w oddziale dziennym rehabilitacji oraz nadzór merytoryczny nad pracą oddziału dziennego rehabilitacji w przychodni przy ul. Powstańców Śląskich 19…………………………………..**

5. Proponowany harmonogram pracy:

**rehabilitacja ambulatoryjna w Przychodni Wrocławskiej 19 …**…………………………………………………………………………

**oddział dzienny rehabilitacji oraz nadzór merytoryczny nad pracą oddziału dziennego rehabilitacji w przychodni przy ul. Powstańców Śląskich 19**

**………………………………………………………………………………..**

**Porada komercyjna – 60% aktualnie obowiązującej ceny świadczenia w cenniku usług medycznych SZPZLO Warszawa Bemowo- Włochy.**

**Oświadczam**, że najpóźniej do dnia podpisania umowy z SZPZLO dostarczę aktualną polisę ubezpieczeniową od obowiązkowej odpowiedzialności cywilnej.

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

(podpis)

**Oświadczam**, że dokumenty złożone w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania na podstawie zawartej dotychczas przeze mnie umowy z Udzielającym zamówienia zachowują aktualność oraz zobowiązuję się przedłożyć oryginały tych dokumentów na każde wezwanie.

……………………………..

(podpis)

**Oświadczam**, że po wygaśnięciu ważności polisy przedłużę ją na dalszy okres czasu tj. do końca trwania zawartej umowy.

…………………………………

(podpis)

**Informacje dotyczące ochrony danych osobowych**

W odniesieniu do danych osobowych **Oferenta (Zleceniobiorcy składającego ofertę)**, **Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy**,  z siedzibą w Warszawie na ul. Coopera 5, 01-315 Warszawa, zgodnie z art. 13 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informuje, iż:

1. Administratorem danych osobowych **Oferentów** jest**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy**,  z siedzibą w Warszawie na ul. Coopera 5, 01-315 Warszawa.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej [iod@zozbemowo.pl](mailto:iod@zozbemowo.pl).
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i f) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy, tj. w celu wzięcia udziału w prowadzonym postępowaniu publicznym, a także przetwarzanie jest niezbędne celem dochodzenia ewentualnych roszczeń.
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem).
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Oferentowi przysługuje prawo uzyskania kopi swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres prowadzonego postępowania publicznego, a po jego zakończeniu, przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.
8. Osobie, której dane dotyczą 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.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do przeprowadzenie postepowania. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wzięcia udziału w prowadzonym postępowaniu publicznym.
10. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o podane dane osobowe.