*Załącznik nr 2*

*do Zarządzenia Nr 51/2024*

*Dyrektora Powiatowego Szpitala Specjalistycznego*

*w Stalowej Woli*

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zgodnie z zasadami wykonywania zawodu

psychoterapeuty\*) , psychologa \*), pedagoga specjalnego \*)

**Poradni Psychologicznej dla Dzieci**

Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli

I. Dane o Oferencie:

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

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

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

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

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

Nr telefonu; ..............................................................

NIP: ..........................................................................

REGON: ...................................................................

Oferuję udzielanie świadczeń w zakresie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres świadczeń** | **Proponowane wynagrodzenie****(brutto zł/h)** | **Oferowana liczba godzin świadczenia w miesiącu kalendarzowym** |
| Udzielanie świadczeń w ramach uprawnień i kwalifikacji **psychoterapeuty** w Poradni Psychologicznej dla Dzieci |  |  |
| Udzielanie świadczeń w ramach uprawnień i kwalifikacji **psychologa** w Poradni Psychologicznej dla Dzieci |  |  |
| Udzielanie świadczeń w ramach uprawnień i kwalifikacji **pedagoga specjalnego** w Poradni Psychologicznej dla Dzieci |  |  |

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy (zastrzeżenia do umowy w piśmie z dnia................................ \*)

2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.

3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert.

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. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*).

7. Samodzielnie rozliczam się z US i ZUS - zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w ZUS celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego. [dotyczy tylko osób fizycznych składających ofertę]

8. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………… |  ……….……………………………………………… |  |
|  miejscowość, data | podpis Oferenta wraz z pieczątką |  |

**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: SPZZOZ Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do którego złożył/a Pan/Pani formularz 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 Szpitala. 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 w formie pisemnej na adres Szpitala.

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

**………………….........................................**

 **data, czytelny podpis Oferenta**

**Decyzja o przyjęciu lub odrzuceniu oferty**

Oferta została przyjęta / odrzucona \*) .

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas …...........................................................

tj. od dnia ….................................... roku do dnia ……................................... roku .

Oferta została odrzucona z powodu ……………….…........................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

 data i podpis

Przewodniczącego Komisji Konkursowej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*) niepotrzebne skreślić