*Załącznik nr 1 konkursu*

 Znak sprawy: A.I.4250.5.2022

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Oznaczenie Oferenta:**

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

**Adres:**

ul. ............................................................................................................................................

kod ..................... miejscowość ...............................................................................................

Telefon: ................................................... , adres e-mail……………………………………….

NIP................................ REGON ...................................... PESEL: ....................................................

**Nr prawa wykonywania zawodu:** .................................................... (dołączyć kserokopię)

**Nr wpisu do właściwego rejestru:** ..................................................... (dołączyć kserokopię)

**Nazwa organu, który dokonał wpisu:** ....................................................................................

II. Poniżej należy wpisać stawki brutto za jedną godzinę świadczeń w polskich złotych.

**Stawka:……………..zł/h brutto (słownie:…………………………………….zł)**

III. Oświadczam, iż:

1. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem.
2. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania.
3. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych w tym: Bloku Operacyjnym zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu.

**……………………………. ……………………………………..**

data Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

*Załącznik nr 2 konkursu*

 Znak sprawy: A.I.4250.5.2022

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacjny im. prof.. Bogusława Frańczuka,

al. Modrzewiowa 22, 30 -224 Kraków

1. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.
2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
3. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

**……………………………. ……………………………………..**

data Podpis (imię i nazwisko) Oferenta