

Imię i Nazwisko

NIP:

Oświadczam, że jako Oferent:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert z dniar.
- 2) Zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, Zasadami i szczegółowymi warunkami konkursu (Załącznik Nr 1 do w/w Regulaminu) oraz wzorem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
- 3) Posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty albo które przedstawię Udzielającemu zamówienia najpóźniej do dnia poprzedzającego dzień rozstrzygnięcia konkursu.
- 4) Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.
- 5) Posiadam wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zgodnie z Ustawą z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*jeśli dotyczy).
- 6) Nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z umową.
- 7) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, a załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu i zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 8) Oświadczam, że nie jestem:
 - a) zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
 - b) pozbawiona/y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona/y w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
- 9) Nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
- 10) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym.
- 11) Zgłosiłem /łam swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
- 12) **W COPERNICUS PL sp. z o.o. w Gdańsku świadczę pracę/nie świadczę pracy^{*)} na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej (zlecenie), oświadczam, że przed podpisaniem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne złożę w COPERNICUS PL sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron lub wniosek o udzielenie urlopu bezpłatnego (w ramach umowy o pracę). Uzyskanie zgody na urlop bezpłatny lub rozwiązanie umowy jest warunkiem niezbędnym do podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Szpitalu Tymczasowym.**
- 13) Oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne.
- 14) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku, dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie/umowie, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2018r., poz.1000).
Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

KLAUZULA INFORMACYJNA – INFORMACJA DLA OSÓB WSPÓŁPRACUJĄCYCH W RAMACH UMOWY CYWILNOPRAWNEJ

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk;
2. Inspektorem ochrony danych w COPERNICUS Podmiot leczniczy Sp. z o.o. jest **Andrzej Kopytek**, adres e-mail: akopytek@wss.gda.pl, nr telefonu 58 76 40 339;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu konkursu na udzielanie świadczeń, zawarcia umowy oraz rozliczeń księgowych realizowanych w COPERNICUS PL Sp. z o.o. w Gdańsku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Dane mogą zostać udostępnione podwykonawcom Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. realizującym określonym w pkt 3 cele tj. m. in. dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym dokumentację
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
6. Po zawarciu umowy Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat po zakończeniu umowy (licząc od roku następnego).
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązany do ich podania, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożliwość zatrudnienia.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.
11. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane służbom Głównego Inspektora Sanitarnego lub innym służbom kryzysowym w celu podjęcia czynności zapobiegawczych lub kontrolnych i współdziałania z innymi organami administracji publicznej w czasie trwania epidemii.
12. W celu ochrony zdrowia i życia pracowników oraz zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy Pani/Pana dane dodatkowe takie jak: informacje o miejscu przebywania podczas urlopu lub w związku z pomiarem temperatury mogą być przetwarzane przez COPERNICUS PL Sp. z o.o. przez czas trwania epidemii.
13. Spółka objęta jest monitoringiem video. Udzielający zamówienie uprawniony jest również do monitoringu przeglądanych przez Przyjmującego zamówienie stron internetowych, sposobu korzystania z elektronicznej poczty służbowej oraz sposobu korzystania ze służbowego sprzętu komputerowego. Cele, zakres oraz sposób zastosowania monitoringu określono w aktach regulujących porządek pracy w Spółce.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Oferenta

*** dotyczy pielęgniarek, położnych**