**Areszt Śledczy**
76-200 Słupsk, ul. Sądowa 1
tel. 59 848 32 00, fax 59 842 86 08, email: as_slupsk@sw.gov.pl

ZATWIERDZAM

Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu
Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Słupsk, dnia _____ grudnia 2024 r.

**Pan**
**płk Marcin Śnieżko**
Dyrektor Aresztu Śledczego
w Słupsku, ul. Sądowa 1
76-200 Słupsk

# OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach opieki psychiatrycznej określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert

## I. DANE PRAKTYKI LEKARSKIEJ

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL: .....

ZAWÓD: .....

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU: .....

SPECJALIZACJA W ZAKRESIE: .....

NR DOKUMENTU SPECJALIZACJI: .....

FIRMA PRZEDSIĘBIORCY: .....

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ: .....

REGON: ..... NIP: ..... TEL.: .....

ADRES: .....

## II. OFERENT PROPONUJE NASTĘPUJĄCE WARUNKI WYNAGRODZENIA:

- stawka ..... zł brutto (słownie: .....) za 1 konsultację.

.....
(podpis Oferenta)

**Areszt Śledczy**
76-200 Słupsk, ul. Sądowa 1
tel. 59 848 32 00, fax 59 842 86 08, email: as_slupsk@sw.gov.pl

## III. OŚWIADCZENIA:

1) Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
2) Oświadczam, że:
   a) NIE JESTEM zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu ani ograniczona/y w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich,
   b) NIE JESTEM ukarana/y karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
   c) NIE JESTEM pozbawiona/y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona/y w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
3) Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że NIE BYŁAM/EM karana/y za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe).
4) Oświadczam, iż zapoznałam/em się z informacją zawartą w Dziale XIV SWKO zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) o administratorze danych, inspektorze ochrony danych, przetwarzaniu danych, dostępie do danych i innych obowiązkach administratora oraz o moich uprawnieniach. Zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z rozpatrzeniem oferty i realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

* niepotrzebne skreślić

…… (miejscowość i data)

…… (podpis Oferenta)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (kserokopie dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność):

1. Prawo wykonywania zawodu,
2. Dyplom ukończenia studiów,
3. Dyplom specjalizacji ……,

**Areszt Śledczy**
76-200 Słupsk, ul. Sądowa 1
tel. 59 848 32 00, fax 59 842 86 08, email: as_slupsk@sw.gov.pl

4. Kopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności,
5. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
6. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
7. Zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich,
8. Polisa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
9. Oświadczenie o niekaralności,
10. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
11. Klauzula RODO,
12. Zgoda RODO,
13. Kserokopia Dowodu Osobistego.

.....
(podpis Oferenta)