Załącznik nr 3 do Zarządzenia
Prezesa Zarządu PCZ nr 83/2026
z dnia 13.11.2026 r.

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o.
ul. Batorego 44
05 - 400 Otwock

OFERTA

na udzielanie świadczeń w zakresie fizyki medycznej w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o.

Imię i nazwisko .....
PESEL .....
stanowisko .....
Dane dotyczące specjalizacji (tytuł, stopień, inne).....
Nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalizacji lub stopnie specjalizacji.....
Data rozpoczęcia działalności wg. CEIDG.....
NIP:.....REGON: .....
Nr telefonu.....adres e-mail.....
Adres zamieszkania.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń w zakresie fizyki medycznej w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o., zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczególnych warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Otwocku.
3. Prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą zgodną z przedmiotem konkursu.
4. Świadczeń udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości.....
6. Oświadcza, iż Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Otwocku **nie rozwiązało** z nim umowy na udzielanie świadczeń w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Deklaruje **liczbę godzin** wykonywania świadczeń w miesiącu: minimum..... i maximum .....
8. Proponuje wysokość wynagrodzenia miesięcznego w kwocie ..... **zł netto (równoważna z kwotą brutto)**

9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował w załączniku od nr 2a do nr ……
10. Oświadcza, iż posiada …… letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie fizyki medycznej i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego Zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat ww. praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI :

1. Poświadczenie aktualnych wydruków z CEIDG – zał. nr 1.
- Kopie dokumentów:
- tytuł magistra na kierunku fizyka, fizyka techniczna, fizyka medyczna lub biofizyka
- tytuł specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej - zał. nr 2a, 2b, itd.;
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – zał. nr 4.
3. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu Polisy – zał. nr 5,

*** niepotrzebne skreślić**

Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art.13 lub art. 14 RODO
Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art.14 RODO [1] wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postepowaniu [**]

.....
(podpis i pieczęć oferenta)

[1] rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str1)

[**] W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art.14 ust.5 RODO treść oświadczenia nie składa (usunięcia treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Prezes Zarządu
Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o.
ul. Batorego 44, 05-400 Otwock