**FORMULARZ**

**zgłoszenia przez podmiot leczniczy oferty na realizację zadania**

**- objęcie opieką stomatologiczną uczniów szkół,**

**dla których organem prowadzącym jest Powiat Lipnowski**

* 1. **Dane o podmiocie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pełna nazwa oferenta |  |
| 2 | Adres wraz z kodem  pocztowym, telefon, e-mail |  |
| 3 | NIP |  |
| 4 | Regon |  |
| 5 | Numer podmiotu w Rejestrze Podmiotów Prowadzących  Działalność Leczniczą |  |
| 6 | Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem  (imię, nazwisko, telefon, adres, e-mail) |  |
| 7 | Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu i składania oświadczeń woli  w imieniu podmiotu. |  |

* 1. **Organizacja udzielania świadczeń, w tym miejsce udzielania świadczeń oraz dni i godziny udzielania świadczeń także w okresie wakacji i ferii:**

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………….

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

# Informacje dodatkowe – w tym m. in. doświadczenie w zakresie realizacji tego typu świadczeń w szkole lub na rzecz uczniów szkoły:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

# IV. Oświadczenia:

# Oświadczam, że wszystkie podane w zgłoszeniu i załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

# Oświadczam, iż prowadzę działalność leczniczą w zakresie leczenia stomatologicznego dzieci i młodzieży.

# Oświadczam, że spełniam wymagania określone w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2022 r. poz. 2561 ze zm.), w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniobiorcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

podpis oferenta

……………………………………………

Załączniki:

1. ……………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………

**INFORMACJE NA TEMAT PRZETWARZANIA DANYCH**

1. Administratorem Państwa danych osobowych będzie **Starosta Lipnowski z siedzibą**   
   **w** **Starostwie Powiatowym w Lipnie, 87-600 Lipno ul. Sierakowskiego 10B.** Można się z nami kontaktować w następujący sposób:
   1. listownie: ul. Sierakowskiego 10 B, 87-600 Lipno,
   2. przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: <http://www.lipnowski.powiat.pl/kontakt>,
   3. telefonicznie: 54 30 66 159
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez elektroniczną skrzynkę podawczą Urzędu lub e-mailem na adres: [iod@lipnowski.powiat.pl](mailto:iod@lipnowski.powiat.pl).
3. Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO[[1]](#footnote-1) ) w celu przeprowadzenia naboru ofert na realizację zadania z zakresu opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży na podstawie ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078).
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą strony i uczestnicy postępowań lub organy właściwe do przeprowadzenia naboru ofert na mocy przepisów prawa, którym Starosta Lipnowski Państwa ofertę przekazał. Odrębną kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Państwa dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń (Sytuacja dotyczy głównie podmiotów świadczących usługi doręczania przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w tym m.in. ePUAP) oraz podmioty, z którymi Starosta Lipnowski zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowanych w Urzędzie systemów informatycznych.
5. Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane a następnie – w przypadkach, w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164) – przez czas określony w tych przepisach.
6. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
7. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
8. sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne, a także prawo do ich usunięcia, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
9. ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
10. wniesienia skargi do Prezes UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)
11. Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia oferty złożonej   
    w związku z realizacją zadania z zakresu opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży.

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 (Dz.Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz.Urz. UE L 127 z 23 maja 2018 r., str. 2) – nazywanego dalej RODO [↑](#footnote-ref-1)