OGŁOSZENIE
KONKURSU OFERT
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzany jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 295 ze zm) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 1938 ze zm).
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekroć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

a) **Udzielającym Zamówienia** – rozumie się przez to Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,

b) **przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.,

c) **formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,

d)**oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta -** rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,*

e) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,

f) **oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń -** rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,

g) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia badań lekarskich oraz szkolenia bhp i p/poż -** rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,

h) **oświadczeniu o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu,*

i) **oświadczeniu o planowanej średniej liczbie godzin pracy w tygodniu w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu,

j) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiącą **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu,

k) **klauzula informacyjna z art. 13. RODO** – rozumie się przez to obowiązujący formularz informacyjny opracowany przez Udzielającego Zamówieni stanowiącą **Załącznik nr 9** do niniejszego Regulaminu,

l) **oświadczenie** - potwierdzenie wykształcenia i kwalifikacji będących w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o., **- załącznik nr 10**,

ł) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert osoby fizyczne, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

(PKWiU: 86 – usługi w zakresie opieki zdrowotnej),

86.21.10	Usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej

Świadczenia stacjonarne, całodobowe oraz ambulatoryjne

III Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych na rzecz pacjentów

III a) Szczegółowe Wymagania związane z realizacją przedmiotu zamówienia:

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

4. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu Informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

5. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji przyjętego zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie Udzielającego Zamówienia.

6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienie, procedur akredytacyjnych.

7. Przyjmujący Zamówienie wykonuje inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami nie objęte niniejszym zakresem, a zlecone przez przełożonego.

IV. Wymagany termin realizacji

01.01.2021-31.12.2022

V. Wymagania od oferentów

Oferty mogą składać osoby spełniające wymagania:

1. Warunek wymagany:

- prawo wykonywania zawodu lekarza – udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
- dyplom ukończenia szkoły - udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
- spełnianie warunków określonych art. 18, ust.1 pkt. 1,2,4,5 oraz ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*,
- działalność gospodarcza lub umowa zlecenie (zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej osiągając co najmniej minimalne wynagrodzenie).

2. Do konkursu nie może przystąpić osoba, która świadczy usługi dla Udzielającego Zamówienie w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w wymaganym terminie realizacji (01.01.2021-31.12.2022).

VI. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

VII. Zawartość oferty

Oferta musi zawierać:
1) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
2) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2*,
3) kopię aktualnej polisy OC– załącznik nr 3,
4) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
5) oświadczenie dotyczące lekarskich badań profilaktycznych oraz wymaganych szkoleń – załącznik nr 5,
6) oświadczenie o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych - załącznik nr 6*,
7) oświadczeniu o planowanej średniej liczbie godzin świadczenia usług w tygodniu w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. – załącznik nr 7
8) zaakceptowany dla danej części - załącznik nr 8 – „wzór umowy",
9) zaakceptowana klauzula informacyjna z art.13 RODO - załącznik nr 9,
10) oświadczenie potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje będące w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o., - załącznik nr 10,
11) kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje (w przypadku oferentów składających kserokopie we wcześniejszych postępowaniach, dopuszcza się złożenie oświadczenia, iż kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje są już w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.).

VIII. Informacje dotyczące warunków składania ofert

Oferty należy składać w formie pisemnej na formularzach Udzielającego Zamówienie w zamkniętych kopertach opatrzonych danymi Oferenta (nazwa Oferenta, adres do korespondencji oraz dane kontaktowe)

1) Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2) Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3) Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
4) Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
5) Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie.

- **opis koperty:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Chorzowska 38 41 – 605 Świętochłowice
oferta – konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.
data .....
nazwa i adres oferenta .....

IX. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty należy składać w **Kancelarii Ogólnej** siedziby Udzielającego Zamówienia do dnia 19.11.2020 roku do godziny 15:00.
Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

X. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.
Termin rozstrzygnięcia konkursu 31.12.2020 roku

XI. Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. (www.zoz.net.pl);
Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 31.12.2020 roku

XII. Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium oceny ofert:

1) 80% - cena
2) 20% - kwalifikacje

Oferta o najniższej cenie otrzyma 80 punktów

Cena brutto najniższa wśród ofert
---------- x 80 punktów
Cena brutto badanej oferty

Oferent o najwyższych kwalifikacjach
- wykształcenie:
    - lek. med. – 5 punktów
    - dr n. med. – 5 punktów
- specjalizacja
    - kierunkowa – 5 punktów
    - każda kolejna – 5 punktów

Zamawiający dokona wyboru oferty z najwyższą sumą punktów.

2.Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, spełniającego wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.

3.Oferta musi zawierać ostateczną wartość brutto obejmującą wszystkie koszty.

4.Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku wg tabeli:

L. p.	**Zakres**	**Cena jednostkowa brutto**
1.	1 godzina udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 dnia następnego od poniedziałku do piątku	**…..... zł brutto** słownie (….....z łotych brutto 00/100)
2.	1 godzina udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** pomiędzy godziną 8.00 a 8.00 dnia następnego w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	**…..... zł brutto** słownie (….....z łotych brutto 00/100)

Planowana ilość godzin do powierzenia – 425 godzin miesięcznie.

Realizacja zamówienia ze względu na ilość godzin do powierzenia dopuszczamy udzielenie zamówienia kilku podmiotom.

XIII. Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 1938) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 295).

XIV. Dodatkowe informacje

1. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania.
3. Dział Organizacyjno – Prawny, Biuro Zarządu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. udziela informacji jedynie w zakresie merytorycznym, nie uczestniczy w jakimkolwiek stopniu w przygotowywaniu ofert, wypełnianiu formularzy, bądź kserowaniu dokumentów oferentów.

ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT

Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na stronie internetowej www.zoz.net.pl w terminie 7 dni.

*** dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą**

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY
W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu ..... 2020 roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450.

1. Podstawa prawna:
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 295).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 1938)
2. Data złożenia oferty: .....2020 roku.
3. Proponowana kwota należności:

L. p.	**Zakres**	**Cena jednostkowa brutto**
1.	1 godzina udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 dnia następnego od poniedziałku do piątku	**…..... zł brutto** słownie (….....złotych brutto 00/100)
2.	1 godzina udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** pomiędzy godziną 8.00 a 8.00 dnia następnego w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	**…..... zł brutto** słownie (….....złotych brutto 00/100)

Dane oferenta	
	Nazwa oferenta: .... Adres: ....

Oferta jest składana na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

Podpis i pieczęć oferenta	

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Nazwa oferenta: ….....

.....

Adres.....

NIP ..... REGON .....

Tel. kontaktowy .....

Adres mailowy ……

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- ☐ Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- ☐ Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ Nie dotyczy

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

* wypełnić właściwe

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

.....

.....

Adres.....

Oświadcza, iż posiadam ważną i opłaconą polisę/polisy ubezpieczenia OC w związku z wykonywaniem niniejszej umowy na wartość ……..

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam / em się z warunkami konkursu, zdobyłam / em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 8.

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta: ……..

.....

Adres.....

Oświadczam, że odpisy lub kserokopie aktualnych badań lekarskich oraz dokumenty potwierdzające odbyte szkolenie okresowe bhp i p/poż zostaną dostarczone przeze mnie w dniu podpisania umowy. Przedmiotowe dokumenty zostaną dostarczone wraz z oryginałami celem potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez pracownika Udzielającego Zamówienia.

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:.....

.....

Adres.....

Oświadczam, iż w ramach prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszym postępowaniu oraz, iż w przypadku zawarcia umowy określonej w załączniku nr 8 nie zawrę odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Podstawa prawna: art.132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2020 poz.1938)

Załącznik nr 7

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:.....

.....

Adres.....

Deklaruję gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych u udzielającego zamówienie w zależności od zgłoszonych przez niego potrzeb, w wymiarze nie mniejszym niż ……. godzin tygodniowo (średni tygodniowy wymiar czasu pracy).

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 8

- WZÓR UMOWY-
UMOWA NR /RO/K/2021
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta dnia .....w Świętochłowicach, pomiędzy:
Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450
reprezentowanym przez:
…….
…….

zwanego w dalszej części umowy: Udzielającym Zamówienia.
a
Panem/ią …….. zamieszkałym/ą w …….. (kod: -), przy ul. ……, numer ewidencyjny PESEL: …….., który/a prowadzi działalność gospodarczą pod firmą: „……..”, zwanym/ą w dalszej części umowy: Przyjmującym Zamówienie.

§ 1

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że jest osobą legitymującą się posiadaniem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych i że jest uprawniony do udzielania świadczeń

zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem zamówienia.

§ 2
Określenie przedmiotu umowy

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania zadań Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie, a Udzielający Zamówienia do zapłaty ze środków publicznych za wykonanie świadczenia.

§ 3
Określenie zakresu świadczeń zdrowotnych

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje Przyjmującego Zamówienie do profesjonalnego udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** dla pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.
2. Przyjmujący Zamówienie nie może odmówić udzielenia świadczeń.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza iż, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej nie ma zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszej umowie oraz, iż nie zawrze odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.*
4. Przyjmujący Zamówienie deklaruje gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia w zależności od zgłoszonych przez niego potrzeb, w wymiarze nie mniejszym niż ……. godzin tygodniowo (średni tygodniowy wymiar czasu wykonywania usługi).
5. W przypadku gdyby ilość godzin o której mowa w ust. 4 uległa zmianie (zwiększenie lub zmniejszenie). Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie będzie zgłaszała/ zgłaszał roszczeń z tego tytułu do Udzielającego Zamówienia.
6. W przypadku, gdyby z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, nie doszło do wykonania usługi wpisanej w harmonogramie i niezapewnienia zastępstwa, Udzielający Zamówienie może obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną wyliczoną jako iloczyn stawki godzinowej i ilości godzin zaplanowanych w harmonogramie.

§ 4
Określenie sposobu organizacji i udzielania świadczeń

1. Sposób organizacji udzielania świadczeń określa Regulamin Organizacyjny Udzielającego Zamówienie.
2. Podpisanie niniejszej umowy stanowi zobowiązanie do przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego, o którym mowa w ust. 1 oraz instrukcji i procedur obowiązujących u Udzielającego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest odbyć wymagane prawem szkolenie BHP przed rozpoczęciem realizacji umowy i dostarczyć w dniu zawarcia umowy dokumenty to potwierdzające zgodnie ze złożonym w konkursie oświadczeniem. W przypadku utraty ważności przedmiotowych dokumentów w trakcie umowy, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek odbyć nowe szkolenie i dostarczyć dokumenty to potwierdzające w ciągu 7 dni od daty zakończenie szkolenia, zachowując ciągłość ich ważności.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest poddać się we własnym zakresie badaniom profilaktycznym oraz złożyć w siedzibie Udzielającego Zamówienie odpowiednie zaświadczenie lekarskie, potwierdzające odbycie z pozytywnym skutkiem takich badań.

§ 5
Określenie możliwości wykonywania udzielonego zamówienia przez osobę trzecią

1. Przyjmujący Zamówienie nie może z zastrzeżeniem ust.2 wykonywać Udzielonego Zamówienia przez osobę trzecią. Tym samym przyjmuje się, iż osobą udzielającą określonych w umowie świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju jest Przyjmujący Zamówienie.
2. Powierzenie wykonywania zamówienia osobie trzeciej wymaga zgody Udzielającego Zamówienia na piśmie pod rygorem nieważności i może mieć miejsce tylko w uzasadnionych przypadkach.

§ 6

Określenie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu zamówienia i posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na cały okresu trwania umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż posiada ważną i opłaconą polisę/polisy ubezpieczenia OC w związku z wykonywaniem niniejszej umowy na wartość ……..
3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany dostarczyć udzielającemu zamówienia dokument polisy / dokumenty polis w dniu podpisania niniejszej umowy. W przypadku utraty ważności, każdą kolejną polisę należy dostarczyć w terminie 7 dni o daty jej podpisania zachowując ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wniesienia przeciwko Udzielającemu Zamówienie pozwu związanego z zakresem udzielonego zamówienia, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się czynnie wspomagać na każdym etapie postępowania (udzielać wyjaśnień, pisemnych konsultacji, przystąpić do sporu) Udzielającego Zamówienia.

§ 7

Określenie czasu, na który umowa została zawarta

Umowę zawiera się na czas określony od dnia ……..do …….

§ 8

Określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką Udzielający Zamówienia przekazuje Przyjmującemu Zamówienie z tytułu realizacji zamówienia

1. Strony zgodnie ustalają, iż przyjmują następujący sposób kalkulacji należności, tj. Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał kwotę …..... zł brutto (słownie: ….....złote …….. groszy) brutto za każdą godzinę realizacji zamówienia od poniedziałku do piątku pomiędzy godziną18.00 a 8.00 dnia następnego.
2. Strony zgodnie ustalają, iż przyjmują następujący sposób kalkulacji należności, tj. Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał kwotę …..... zł brutto (słownie: ….....złote …….. groszy) za każdą godzinę realizacji zamówienia w soboty niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy pomiędzy godziną 8.00 a 8.00 dnia następnego.
3. Kwoty, o których mowa w ust. 1-2 stanowią całkowitą należność za zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 9

Ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności

1. Ustala się miesięczny okres rozliczeń należności z tytułu realizacji przyjętego zamówienia.
2. Należność z tytułu realizacji przyjętego zamówienia będzie wypłacana na podstawie przedłożonej przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowej faktury / rachunku (wzór rachunku stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy dla osób zatrudnionych w ramach umowy cywilno-prawnej – umowa zlecenie) wraz z zatwierdzonymi przez Kierownika komórki organizacyjnej oraz Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa – załącznikami - „potwierdzeniem realizacji przyjętego zamówienia", których wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Fakturę/rachunek należy złożyć nie wcześniej niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie nie prowadzi działalności gospodarczej, upoważnia on Udzielającego Zamówienie do dokonania stosownych potrąceń z tytułu składek ZUS oraz potrąceń podatku dochodowego (na podstawie złożonego przez Przyjmującego Zamówienie oświadczenia), zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.**
5. Należność przysługująca Przyjmującemu Zamówienie zostanie przelana na rachunek bankowy wskazany na fakturze / rachunku / oświadczeniu w terminie do 30 dni od daty doręczenia dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
6. Przyjmujący Zamówienie zrzeka się nieodwołalnie prawa do dokonana cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy, jak również ustanawiania na nich zastawów, innych obciążeń, czy rozporządzenie prawem lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych lub innych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności , nieskuteczności wobec Udzielającego Zamówienie .

§ 10
Ustalenie trybu przekazywania Udzielającemu Zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia

1. Strony uznają, iż zamówienie będzie realizowane na podstawie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalanego każdorazowo dla miesięcznego okresu rozliczeniowego.
2. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1 określać będzie dla stron niniejszej umowy, dni i godziny realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Zmiany w harmonogramie, o którym mowa w ust. 1 będą każdorazowo zgłaszane w formie pisemnej Udzielającemu Zamówienie i będą wymagały zgody Udzielającego Zamówienie.
4. Zmiany w miesięcznym harmonogramie mogą być dokonane wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.
5. Uzyskanie zgody, o której mowa w ust. 4 winno być poprzedzone złożeniem przez Przyjmującego Zamówienie pisemnego wniosku o wprowadzenie zmian do harmonogramu.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5 uznaje się za skutecznie złożony, wyłącznie w sytuacji, gdy data wpływu do Kancelarii Ogólnej Udzielającego Zamówienie przypada co najmniej na 7 dni przed dniem spełnienia świadczenia, licząc od dnia przypadającego na dzień spełnienia świadczenia.
7. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody przez osobę zastępującą Przyjmującego Zamówienie, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.

§ 11
Postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia

1. Udzielający Zamówienia zastrzega możliwość rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, z zachowaniem dziewięćdziesięciodniowego (90) okresu wypowiedzenia, licząc od dnia przesłania na adres mailowy …… maila zawierającego wypowiedzenie umowy albo potwierdzenia otrzymania wypowiedzenia przesłanego w innej formie.
2. Przyjmujący Zamówienie jest uprawniony do wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
3. Udzielający Zamówienie dopuszcza możliwość skrócenia okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1 i 2 na mocy porozumienia stron pod warunkiem zapewnienia zastępstwa przez Przyjmującego Zamówienie.
4. Okres, o którym mowa w ust. 2 może ulec skróceniu do 2 tygodni w przypadku gdy Udzielający Zamówienia będzie zalegał z płatnością co najmniej 2 faktur / 2 rachunków wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie, po uprzednim pisemnym wezwaniu Udzielającego Zamówienia do zapłaty zawierającego 14 dniowy termin płatności.
5. Udzielający Zamówienia jest uprawniony do wypowiedzenia niniejszej umowy w trybie natychmiastowym bez wypowiedzenia w przypadku gdy:

a) Przyjmujący Zamówienie został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca,
b) Przyjmujący Zamówienie w sposób niewłaściwy wykonuje przedmiot umowy pomimo 1 – krotnego pisemnego upomnienia,
c) Przyjmujący Zamówienie nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków, o którym mowa w § 6 niniejszej umowy,
d) Przyjmujący Zamówienie utracił prawo wykonywania zawodu lub został zawieszony w prawie wykonywania zawodu przez właściwy organ,
e) Przyjmujący Zamówienie powierzył wykonanie umowy osobom trzecim bez uzyskania zgody Udzielającego Zamówienia,
f) Przyjmujący Zamówienie nie rozpocznie wykonywania świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1 niniejszej umowy,
g) Przyjmujący Zamówienie jest nieobecny przez okres co najmniej 7 dni bez wiedzy i zgody Udzielającego Zamówienie.
h) Przyjmujący Zamówienie bez zgody i wiedzy Udzielającego Zamówienie nie wykonuje świadczeń do wykonywania których się wcześniej zobowiązał w dniach określonych w harmonogramie o którym mowa w § 10 ust. 2.
i) Przyjmujący zamówienie stawił się u Udzielającego Zamówienie w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub środków psychotropowych, odurzających, innych.

§ 12

Prawa i obowiązki Przyjmującego oraz Udzielającego Zamówienie

1. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przez Udzielającego Zamówienia oraz prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
4. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji Przyjętego Zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie Udzielającego Zamówienia. Nie dotyczy to odzieży i obuwia wymaganego na Sali operacyjnej.
6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienie, procedur akredytacyjnych.
7. Przyjmujący Zamówienie w ramach niniejszej umowy ma obowiązek wykonywać też inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami które nie są objęte niniejszym zakresem, a zlecone przez przełożonego.
8. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje, prawo do:

a) zasięgania opinii i korzystania z konsultacji i doświadczeń pozostałego personelu (których z Udzielającym Zamówienie łączy umowa o pracę, umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub umowa zlecenie),
b) współpracy z personelem medycznym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych,
c) korzystania z telefonu służbowego wyłącznie w sprawach związanych z przedmiotem niniejszej umowy.

9. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie leki, materiały medyczne i opatrunkowe oraz lokale, sprzęt medyczny i aparaturę niezbędne do wykonywania niniejszej umowy a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do używania ich zgodnie z przeznaczeniem instrukcjami oraz należytą dbałością.
10. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do przestrzegania bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (t.j. Dz.U.2019 poz. 1781) oraz innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Przyjmujący Zamówienie zapewnia ochronę danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku i zobowiązuje się je przetwarzać wyłącznie na potrzeby niniejszej umowy.
11. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy lub wyrządzenia szkody Udzielającemu Zamówienia lub osobie trzeciej, Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje zawinione działania lub zaniechania do pełnej wysokości szkody powstałej w związku z wykonywaną umową.
12. W przypadku naruszenia zakazu określonego w § 9 ust 6 Przyjmujący Zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości dokonanej cesji, poręczenia, czy innej czynności dokonanej ze zobowiązaniami Udzielającego Zamówienia.
13. Przyjmujący Zamówienie na potrzeby wykonywanej umowy korzysta ze sprzętu oraz środków medycznych Udzielającego Zamówienie.

§ 13

Zmiany w umowie

1. Nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla Udzielającego Zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na

podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego Zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Strony dopuszczają w uzasadnionych przypadkach możliwość wydłużenia czasu trwania umowy na czas nie dłuższy niż do 4 miesięcy.

§ 14
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie sprawy wynikające z umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
3. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach na prawach oryginału, po jednym dla każdej ze stron.

Udzielający Zamówienia **Przyjmujący Zamówienie**

* zapis umowy będzie miał zastosowanie wyłącznie w przypadku zawarcia umowy z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą.

** zapis umowy będzie miał zastosowanie wyłącznie w przypadku zawarcia umowy z osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej.

Zapoznałem/am się z treścią umowy i akceptuję jej treść

……

Podpis

Załącznik nr 1 do umowy nr ….....

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc ….....20..... r.

Imię i nazwisko.....

Oddział / Komórka organizacyjna.....

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Podpis zatrudnionego	Godzina zakończenia	Ilość godzin	Podpis zatrudnionego	Podpis Kierownika komórki organizacyjnej oraz Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Razem:						

…… Podpis i pieczątka zatrudnionego

……. Podpis i pieczątka zatwierdzającego

Załącznik nr 2 do umowy……..…

Świętochłowice, dnia.....

..... *(imię i nazwisko osoby)*

..... *(komórka organizacyjna)*

..... *(pełniona funkcja)*

WNIOSEK*
O UDZIELENIE ZGODY NA PRZERWĘ W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych

w ilości ..... dni w okresie od dnia ..... do dnia .....

Krótkie uzasadnienie nieobecności:

.....

.....

.....

W czasie mojej nieobecności zastępować mnie będzie: .....

..... *(podpis osoby wnioskującej)*	..... *(podpis osoby zastępującej)*
..... *(akceptacja bezpośredniego przełożonego)*	..... *(akceptacja Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/ Naczelna Pielęgniarka)*

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** .....

(podpis Zarządu)

* *dotyczy osób zatrudnionych w ramach umów cywilno-prawnych*
** *niepotrzebne skreślić*

Rachunek do umowy zlecenia

Załącznik nr 3 do umowy nr

Rachunek numer			
z dnia			
Wystawił			
Imię i nazwisko		Miejscowość	
PESEL		Ulica	
NIP	nie wymagany	Nr domu	
Nr tel.	-	Poczta	

Urząd Skarbowy:	
Numer rachunku bankowego:	
Rachunek wystawiono dla:	
Nazwa Zleceniodawcy	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.

Adres Zleceniodawcy	41-605 Świętochłowice, ul. Chorzowska 38
NIP Zleceniodawcy	627-16-69-770

ilość przepracowanych godzin:	

Wynagrodzenie brutto: **- zł**

Podpis zleceniobiorcy

OŚWIADCZENIA I PODPIS ZLECENIODAWCY

1. Sprawdzona pod względem merytorycznym:

.....

2. Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym:

.....

3. Główny Księgowy:

.....

4. Zatwierdzam do wypłaty:

.....

Załącznik nr 4 do umowy nr ….....

Zakres świadczeń zdrowotnych

1. Dokonywanie bieżącej oceny stanu zdrowia pacjenta, postępów leczenia, wyników badań.
2. Udzielanie porad specjalistycznych w godzinach pracy Ambulatorium Ogólnego w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej: w warunkach ambulatoryjnych, telefonicznie, a w przypadkach medycznie uzasadnionych – w domu pacjenta.
3. Zlecenie badań diagnostycznych.
4. Leczenie prowadzonych przez siebie pacjentów i sprawowanie nad nimi opieki.
5. Ordynowanie koniecznych leków / wystawianie recept na leki.
6. Edukacja i promocja zachowań prozdrowotnych wśród pacjentów.
7. Należyte prowadzenie, zabezpieczenie i przechowywanie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Wydawanie orzeczeń i zaświadczeń lekarskich w tym o czasowej niezdolności do pracy.
9. Realizowanie w optymalny sposób umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
10. Znajomość i stosowanie procedur w zakresie standardów akredytacyjnych.
11. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz standardami
12. Współpraca z Kierownikiem Poradni Ambulatorium Ogólnego i Poradni Medycyny Rodzinnej.
13. Uczestniczenie w naradach i szkoleniach oraz spotkaniach ogólnych w podmiocie; publiczne wyrażanie swojego stanowiska w kluczowych sprawach dla działalności podmiotu.
14. Realizacja decyzji i poleceń przełożonych lub innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych, związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęski żywiołowej, katastrofy, wypadku masowego, ataku terrorystycznego lub innych zdarzeń i podobnym charakterze.

Pozostałe czynności

1.Wykonywanie innych czynności, nie ujętych w niniejszym zakresie, jeżeli:
a) zostały wydane przez osobę nadzorującą lub upoważnionego pracownika i zgodnie z jego kompetencjami,
b)są zgodne z obowiązującym prawem,
c)odpowiadają rodzajowi świadczeń określonych w umowie.
b)są zgodne z obowiązującym prawem,
c)odpowiadają rodzajowi pracy określonemu w umowie.
2.W razie usprawiedliwionej nieobecności zastępstwo pełni osoba wyznaczona pisemnie przez udzielającego zamówienie zgodnie z obowiązującym drukiem pn.„wniosek o udzielenie zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń”.
3.Osoba zatrudniona w ramach umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne może zostać powołana do wykonywania zadań w ramach zespołów zadaniowych (funkcjonujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o. komisjach, zespołach, komitetach).

Zapoznałem/am się z zakresem obowiązków i akceptuję

……

Podpis

Załącznik nr 9

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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, str. 1), dalej „RODO", informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp.
  z o.o., ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice, tel.: 32 621 95 35, adres e-mail: sekretariat@zoz.net.pl*;*
- inspektorem ochrony danych osobowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. jest Pani Marlena Czyżycka*, kontakt:* ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice, tel.: 32 621 95 35, adres e-mail: m.czyzycka@zoz.net.pl *;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem konkursowym na wykonywanie świadczeń usług medycznych ;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja z konkursu zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej";
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z obowiązującym w tym zakresie przepisami przez okres trwania konkursu i w przypadku dojścia do podpisania umowy przez cały czas trwania umowy, a także w celach archiwalnych zgodnie z przyjętymi zasadami archiwizowania dokumentów.
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym związanym z udziałem w konkursie ;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

- nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**.

……..……

Podpis

Załącznik nr 10*

Świętochłowice, dn. .....

Oświadczam, iż dokumenty potwierdzające moje wykształcenie oraz kwalifikacje są już w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

…….

Podpis oferenta

*Wypisują osoby, które posiadają aktualną umowę cywilno-prawną.