

OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania

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 świadczeń zdrowotnych w zakresie **profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania** 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) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiącą **Załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu,
- j) **klauzula informacyjna z art. 13. RODO** – rozumie się przez to obowiązujący formularz informacyjny opracowany przez Udzielającego Zamówieni stanowiącą **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu,
- k) **oświadczenie** - potwierdzenie wykształcenia i kwalifikacji będących w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o., - **załącznik nr 9**,
- l) **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),

86.90.12	Usługi świadczone przez pielęgniarki
----------	--------------------------------------

Świadczenia stacjonarne, całodobowe oraz ambulatoryjne

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych na rzecz pacjentów

III b) Szczegółowe Wymagania związane z realizacją przedmiotu zamówienia:

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w szkole wskazanej przez udzielającego zamówienie w szczególności w zakresie:
 - a) świadczeń profilaktycznych w tym wykonywaniu i interpretowaniu testów przesiewowych u dzieci w wieku szkolnym, w terminach badań bilansowych,
 - b) świadczeń grupowej profilaktyki fluorkowej u dzieci klas I – VI szkoły podstawowej,
 - c) kierowania postępowaniem przesiewowym oraz sprawowania opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów,
 - d) czynnego poradnictwa dla uczniów z problemami zdrowotnym oraz sprawowaniem opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością,
 - e) doradztwa dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole,
 - f) udziału w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowania innych działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki,
 - g) udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadkach nagłych zachorowań, urazów i zatruc,
 - h) prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zgodnie z wymogami NFZ,
 - i) współudziału w realizacji programów zdrowotnych na zlecenie udzielającego zamówienia.
2. 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.
3. 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.
4. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
5. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu Informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
6. 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.
7. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.
8. 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

16.11.2020 - 31.08.2021

V. Wymagania od oferentów

Oferty mogą składać osoby spełniające wymagania:

1. Warunek wymagany:

- Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania to pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub
 - 2) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub
 - 3) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub
 - 4) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego zdobyty po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego po dniu 23 sierpnia 2015 r., lub
 - 5) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego - z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizująca opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach- udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
- 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 profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania w wymaganym terminie realizacji (16.11.2020-31.08.2020).

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) zaakceptowany dla danej części - załącznik nr 7 – „wzór umowy”,
- 8) zaakceptowana klauzula informacyjna z art.13 RODO - załącznik nr 8,
- 9) oświadczenie potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje będące w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o., - załącznik nr 9,
- 10) 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 świadczeń zdrowotnych w zakresie **profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania** 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 9.11.2020 roku do godziny 12:00.

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 13.11.2020 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: 13.11.2020 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:

- średnie 5 punktów

- wyższe 5 punktów

- specjalizacja kierunkowa 10 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 świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania bez różnicowania na dni robocze oraz ustawowo wolne. zł brutto słownie (.....zł otych brutto 00/100)

Planowana ilość godzin do powierzenia – 1600 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.

ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT

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

*** dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą**

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 świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. bez zróżnicowania na dni robocze oraz ustawowo wolne. zł brutto słownie (..... złoty brutto 00/100) - razem z dodatkowym wynagrodzeniem wynikającym z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Dane oferenta	
	Nazwa oferenta:
	Adres:

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

Podpis i pieczęć oferenta	
----------------------------------	--

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 właściwie

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

.....

.....

Adres.....

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

Data.....

.....
podpis / pieczęć oferenta

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 7.

Data.....
.....
podpis / pieczęć oferenta

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

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 7 nie zawarę 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)

- WZÓR UMOWY -
UMOWA NR /RO/K/2020
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta dniaw 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 Udziałający Zamówienia do zapłaty ze środków publicznych za wykonanie świadczenia.

§ 3

Określenie zakresu świadczeń zdrowotnych

1. Udziałający Zamówienia zobowiązuje Przyjmującego Zamówienie do profesjonalnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.**
2. Przyjmujący Zamówienie nie może odmówić udzielenia świadczeń.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w szkole wskazanej przez udzielającego zamówienie w szczególności w zakresie:
 - a) świadczeń profilaktycznych w tym wykonywaniu i interpretowaniu testów przesiewowych u dzieci w wieku szkolnym, w terminach badań bilansowych,
 - b) świadczeń grupowej profilaktyki fluorkowej u dzieci klas I – VI szkoły podstawowej,
 - c) kierowania postępowaniem przesiewowym oraz sprawowania opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów,
 - d) czynnego poradnictwa dla uczniów z problemami zdrowotnym oraz sprawowaniem opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością,
 - e) doradztwa dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole,
 - f) udziału w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowania innych działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki,
 - g) udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadkach nagłych zachorowań, urazów i zatruc,

- h) prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zgodnie z wymogami NFZ,
 - i) współudziału w realizacji programów zdrowotnych na zlecenie udzielającego zamówienia.
4. 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 zakończenia 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 okres 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 dniado

§ 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: złotych 00/100) brutto za każdą godzinę realizacji zamówienia bez różnicowania na dni robocze oraz dni ustawowo wolne. . Stawka godzinowa zawiera w sobie dodatkowe wynagrodzenie brutto wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Kwota o której mowa w ust. 1 stanowi całkowitą należność za udzielanie 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 Dyrektora wyznaczonej szkoły oraz osobę wyznaczoną przez Udzielającego Zamówienie – 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 dokonania 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 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 Zamówienia.
 - h) Przyjmujący Zamówienie bez zgody i wiedzy Udzielającego Zamówienia 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 Zamówienia 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 stosowania się do wytycznych zawartych w obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. dokumentach oraz standardach obowiązujących na stanowisku pracy.
7. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.
8. 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.

9. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje, prawo do:
 - a) zasięgnięcia 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.
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

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

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc20..... r.

Imię i nazwisko.....Komórka organizacyjna.....

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Podpis zatrudnionego	Godzina zakończenia	Ilość godzin	Podpis zatrudnionego	Podpis osoby uprawnionej do kontroli listy
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 pieczętka zatwierdzającego.....
Podpis i pieczętka Dyrektora szkoły

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/
Naczelną Pielęgniarką)

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

PESEL

NIP

Nr tel.

nie wymagany
-

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Poczta

Urząd Skarbowy:

Numer rachunku bankowego:

Rachunek wystawiono dla:

Nazwa Zleceniodawcy

Adres Zleceniodawcy

NIP Zleceniodawcy

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.
41-605 Świętochłowice, ul. Chorzowska 38
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:

.....

Zakres świadczeń zdrowotnych

1. Świadczeń profilaktycznych w tym wykonywaniu i interpretowaniu testów przesiewowych u dzieci w wieku szkolnym, w terminach badań bilansowych.
2. Świadczeń grupowej profilaktyki fluorkowej u dzieci klas I – VI szkoły podstawowej.
3. Kierowania postępowaniem przesiewowym oraz sprawowania opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów.
4. Czynnego poradnictwa dla uczniów z problemami zdrowotnym oraz sprawowaniem opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością.
5. Doradztwa dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.
6. Udziału w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowania innych działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki.
7. Udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadkach nagłych zachorowań, urazów i zatruc.
8. Prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zgodnie z wymogami NFZ.
9. Współudziału w realizacji programów zdrowotnych na zlecenie udzielającego zamówienia.

Pozostałe czynności

1. Wykonywanie innych czynności, nie ujętych w niniejszym zakresie, jeżeli:
 - a) zostały zlecone przez osobę nadzorującą lub upoważnionego pracownika i zgodnie z jego kompetencjami,
 - b) są zgodne z obowiązującym prawem,
 - c) odpowiadają rodzajowi świadczeń określonych 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”.

Zapoznałem/am się z zakresem obowiązków i akceptuję

.....

Podpis

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

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.