

# SPECYFIKACJA

do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne - porady lekarskie udzielane w Gabinetcie Lekarza POZ w Nowym Sączu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie – Przychodnia w Nowym Sączu – (medycyna pracy, komisje lekarskie MSWiA i inne)

## I. OGÓLNE WARUNKI POSTĘPOWANIA

Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26 - 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. 2024.799 ze zm.), zwanej dalej ustawą,

1. **Do konkursu mogą przystąpić odpowiednie podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy o działalności leczniczej.**
2. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych w zakresie przedmiotowym.
3. Udzielający zamówienia zastrzega możliwość wybrania kilku ofert w celu wykonania całości zadania.
4. **Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych nie wcześniej niż od 01 listopada 2024 r.**
5. Umowa zawarta będzie na okres 3 lat.

## II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. **Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, na potrzeby medycyny pracy, orzecznictwa i innych szczegółowo wymienionych w p. III.3 specyfikacji, na podstawie skierowania oraz wykonywanie badań osób nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w Gabinetcie Lekarza POZ SP ZOZ MSWiA w Krakowie, Przychodnia w Nowym Sączu.**

(CPV 85143000-3 – usługi ambulatoryjne  
85147000-1 - Usługi zdrowotne świadczone dla firm)

2. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia obejmuje w szczególności porady, konsultacje i badania z zakresu urologii w warunkach ambulatoryjnych zgodnie ze szczegółowymi przepisami.
3. Szacunkowa liczba świadczeń w okresie zamówienia wynosi 300 w okresie obowiązywania umowy.
4. Szacunkowa wartość zamówienia wynosi 10 500,00 zł w okresie obowiązywania umowy.

## III. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia zdrowotne będą realizowane w siedzibie Udzielającego zamówienia (Nowy Sącz, ul. Żółkiewskiego 11, Gabinet Lekarza POZ), z wykorzystaniem jego aparatury i sprzętu według harmonogramu uzgodnionego z Kierownikiem Przychodni.
2. Stawka za świadczenia zdrowotne nie wyższa niż:
  - a) **35,00 zł** za 1 badanie zlecone przez Komisje Lekarskie MSWiA działające na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów - **(orzecznictwo dla celów MSWiA)**;
  - b) **35,00 zł** za 1 badanie konsultacyjne wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2019 r. w sprawie przeprowadzenia

- badan lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t. j. Dz. U. 2019.1562 ze zm.) - **(medycyna pracy)**;
- c) **35,00 zł** za 1 badanie poborowych MON - **(poborowi)**;
  - d) **35,00 zł** za 1 badanie wykonane na zlecenie Straży Granicznej – **(KOSG)**;
  - e) **56,00 zł** za 1 badanie wykonane na zlecenie KOSG wraz z wydaniem pisemnej opinii – **(akt badania)**;
  - f) za 1 badanie pacjenta nieuprawnionego do świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz za inne badania zlecone przez SP ZOZ MSW w Krakowie **80%** ceny wg aktualnie obowiązującego w Przychodni SP ZOZ MSWiA w Krakowie cennika.
- 3. Termin płatności wynagrodzenia - do 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
  - 4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń nieprzerwanie przez cały okres trwania umowy.
  - 5. Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych osobiście.
  - 6. Zlecenie osobom trzecim przez Przyjmującego zamówienie obowiązków wynikających z umowy lub przekazanie praw z niej wynikających na inne osoby wymaga uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.
  - 7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy w wysokości do 15% kwoty faktury miesięcznej.
  - 8. Umowa może być rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
  - 9. Okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem:
    - 1) przez Udzielającego zamówienia w przypadku wystąpienia u niego sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu lub konieczności zmiany organizacji świadczeń lub jeśli Przyjmujący zamówienie nie wypełnia podstawowych obowiązków umownych, a w szczególności, gdy:
      - a) ograniczy dostępność w zakresie udzielania świadczeń – nieuzasadniona odmowa przyjęcia pacjenta;
      - b) zawęzi zakres udzielania świadczeń;
      - c) będzie wykonywał badania złej jakości (uzasadnione skargi pacjentów oraz fachowych pracowników Udzielającego zamówienia);
      - d) nie przedstawi aktualnej polisy ubezpieczeniowej;
      - e) nie będzie przestrzegał ustalonej organizacji udzielania świadczeń;
      - f) nie będzie przestrzegał obowiązujących przepisów prawnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
      - g) spowoduje szkodę u Udzielającego zamówienia z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
    - 2) przez Przyjmującego zamówienie w przypadku opóźnienia przez Udzielającego zamówienia w zapłacie należności, przekraczającego 60 dni.
  - 10. W przypadku zmiany warunków oferowanych przez NFZ lub w przypadku wystąpienia u Udzielającego zamówienia sytuacji zagrażającej utratą płynności finansowej zakładu, mogą zostać zawarte aneksy do umowy uwzględniające nowe warunki, w tym stosowne zmiany wynagrodzenia)
  - 11. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
    - 1) udzielanie porad i konsultacji specjalistycznych w zakresie okulistyki na podstawie skierowania;
    - 2) należyte i terminowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych;
    - 3) wykonywanie świadczeń zdrowotnych, stanowiących przedmiot zamówienia zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z kierownikiem Przychodni w Nowym Sączu;
    - 4) prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem MSWiA w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia.
    - 5) prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej po wejściu w życie stosownych przepisów;

- 6) zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
- 7) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zasad bezpieczeństwa, higieny pracy, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o działalności leczniczej, regulaminu organizacyjnego, procedur i standardów (w tym akredytacyjnych i ISO) obowiązujących u Udzielającego zamówienia;
- 8) posiadanie aktualnych badań lekarskich wydanych przez komórkę medycyny pracy oraz szkoleń BHP i p/poz. określonych odrębnymi przepisami w zakresie przedmiotu zamówienia;
- 9) należyte i terminowe wykonywanie świadczeń oraz comiesięczne raportowanie wykonania umowy;
- 10) poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;
- 11) zobowiązanie się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy;
- 12) zachowanie ciągłości ubezpieczenia w czasie trwania umowy oraz dostarczenie niezwłocznie aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie po upływie ważności poprzedniego okresu ubezpieczenia;
- 13) zobowiązanie się do zwrotu poniesionych przez Udzielającego zamówienia kosztów: konsultacji, diagnostyki, profilaktyki, leczenia poekspozycyjnego, w przypadku zdarzenia niosącego ryzyko zakażenia, zaistniałego podczas realizacji przedmiotu zamówienia;

#### **IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW**

##### **A . DOKUMENTY**

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy/kserokopie) poświadczane za zgodność z oryginałem/wydruki z systemu teleinformatycznego nie wymagającego podpisu. Załączone dokumenty muszą posiadać atrybut aktualności.

Formularz ofertowy
Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i specyfikacją
Dokumenty stwierdzające wpis: - do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS
Dyplom lekarza
Prawo wykonywania zawodu
Dyplom specjalizacji
W przypadku lekarzy posiadających specjalizację I st. w dziedzinie medycyny ogólnej lub posiadających specjalizację I lub II st. lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych – zaświadczenie o ukończeniu kursu medycyny rodzinnej
Zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy wydane przez Poradnię Medycyny Pracy
Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej.
<b>Aktualne zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności.</b>
Informacje o oferencie
Inne dokumenty, które oferent uzna za stosowne

##### **Uwaga:**

- 1. Potwierdzenia kserokopii dokumentów dokonuje Oferent lub osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.**
- 2. W przypadku ofert zawierających braki formalne lub gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, zostanie on wezwany przez komisję Udzielającego zamówienia do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.**

3. W przypadku ofert zawierających oczywiste błędy, pomyłki pisarskie lub rachunkowe, Komisja Udzielającego zamówienia może poprawić je po uzgodnieniu z Oferentem.

4. W celu umożliwienia zawarcia umowy o świadczenie usług zdrowotnych, w związku z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw nakładających na pracodawców i innych organizatorów działalności związanej z m. in. leczeniem małoletnich oraz na osoby zatrudniane i dopuszczane do takiej działalności określonych obowiązków, Przyjmujący zamówienie obowiązany jest dostarczyć do Działu Statystyki i Obsługi Umów Medycznych SP ZOZ MSWiA w Krakowie informacji z Krajowego Rejestru Karnego (tzw. zaświadczenie o niekaralności) w terminie najpóźniej do dnia poprzedzającego dzień zawarcia umowy. Jest to warunek dopuszczenia do pracy.

#### C. POZOSTAŁE WARUNKI:

1. Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać przedmiotowi zamówienia.
2. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia – 1 lekarz o którym mowa w pkt. 3.
3. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych winien posiadać kwalifikacje – uprawnienia określone w Ustawie z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. 2022.2527 ze zm.).
4. Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność i jakość udzielanych świadczeń.

#### V. KRYTERIA OCENY OFERT.

1. Ocenie podlegają oferty złożone przez oferentów spełniających warunki w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości określone w niniejszej specyfikacji z uwzględnieniem następującego kryterium cenowego:  
Suma cen poszczególnych świadczeń max. 100 pkt

$$\frac{C_n}{C_o} \times 100$$

Gdzie: **C<sub>n</sub>** oznacza najniższą zaoferowaną sumę cen  
**C<sub>o</sub>** oznacza sumę cen zaproponowanych w danej ofercie

2. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecydują:
  - 1) kwalifikacje
  - 2) doświadczenie zawodowe ( staż pracy).
3. Przy ocenie ofert nie uwzględnia się stawki za badanie pacjentów nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz za inne badania zlecone przez SP ZOZ MSWiA w Krakowie, które są obligatoryjne.

#### VI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty w zaklejonych kopertach powinny być zaadresowane wg poniższego wzoru:

**SP ZOZ MSWiA w Krakowie**  
**ul. Kronikarza Galla 25, 30 – 053 Kraków**  
**Konkurs ofert nr 35/224**  
**Nie otwierać przed 10 października 2024 r.**

Ponadto koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta napisane w lewym górnym rogu.

2. Oferty należy składać w Kancelarii Zakładu przy ul. Kronikarza Galla 25 w Krakowie, do dnia 10 października 2024 r. do godz. 10.00
3. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.
4. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane w ciągłości, wszelkie zmiany winny być parafowane przez Oferenta. Wszystkie strony oferty należy spiąć w sposób uniemożliwiający jej zdekompletowanie.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.
6. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

## **VII. DODATKOWE INFORMACJE DLA OFERENTÓW**

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 10 października 2024 r. o godz. 11.00 w Dziale Statystyki i Obsługi Umów Medycznych Udzielającego zamówienia w Krakowie przy ul. Kronikarza Galla 25 (Budynek C, pok. 11). Oferenci mogą uczestniczyć w otwarciu ofert, w trakcie którego zostaną odczytane nazwy oferentów i proponowane stawki.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na tablicy informacyjnej w siedzibie SP ZOZ MSWiA w Krakowie oraz na stronie internetowej do dnia 15 października 2024 r.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta w terminie 21 dni, licząc od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z oferentami niepodlegającymi odrzuceniu, spełniającymi warunki określone w niniejszym postępowaniu, których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze w oparciu o ustalone kryteria oceny.
4. W razie, gdy złożona została tylko jedna oferta, Udzielający zamówienia może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu i przesunięcia terminu składania ofert.
6. Odrzuca się ofertę :
  - a) złożoną po terminie ,
  - b) zawierającą nieprawdziwe informacje,
  - c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
  - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
  - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
  - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną ,
  - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienia w postępowaniu konkursowym.
  - h) złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn zawinionych przez oferenta.
7. Unieważnia się postępowanie gdy:
  - a) nie wpłynęła żadna oferta, lub wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, nieprzyjęta przez Komisję,
  - b) odrzucono wszystkie oferty,
  - c) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń,
  - d) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
8. Dokumenty dotyczące konkursu ofert przechowywane są w siedzibie Udzielającego zamówienia przez okres 5 lat.

## VIII. **POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.**

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zwieszeniu, chyba że protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
3. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do dyrektora SP ZOZ MSWiA w Krakowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
4. Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Krakowie rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

***Udzielający zamówienia***

KLAUZULA INFORMACYJNA  
INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 2016, Nr 119, dalej RODO), informujemy że w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych reprezentujących kontrahenta oraz osób fizycznych wskazanych przez ten podmiot jako osoby do kontaktu/koordynatorzy/ osoby odpowiednie za wykonanie Umowy/porozumienia/Zamówienia itp.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie z siedzibą w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków, NIP: 677-20-75-248, REGON: 350995109;
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w tym realizacją przysługujących Pani/Panu w tym zakresie praw można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych drogą mailową, pisząc na adres: [iod@zozmswiakrakow.pl](mailto:iod@zozmswiakrakow.pl), drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora lub telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane jedynie w celu i zakresie niezbędnym do wykonania zadań administratora danych osobowych związanych z realizacją Umowy/Porozumienia/Zamówienia w kategorii dane zwykle – imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu, służbowy adres email. Dane osobowe o których mowa w niniejszym punkcie przetwarzane są na podstawie art. 6., ust. 1., pkt b, c, f;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom wykonującym działalność komercyjną na podstawie umów udostępnienia lub powierzenia przetwarzania danych, zajmujących się naprawą, serwisem i nadzorem autorskim oprogramowania funkcjonującego w siedzibie Administratora w zakresie niezbędnym do usunięcia awarii, podmiotom szkoleniowym, doradczym, konsultacyjnym, w zakresie danych niezbędnych do przeprowadzenia usług, organom nadzorczym, kontrolnym, audytowym;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
6. Pani/Pana dane osobowe stanowiące dokumentację dotyczącą wykonania umowy oraz będą przechowywane przez okres 5 lat liczonego od dnia zakończenia obowiązywania umowy;
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu oraz prawo do przenoszenia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia w każdym momencie sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych – z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją np. naruszeniem prywatności;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Podanie danych osobowych, o których mowa w ust. 1, jest wymagane do zawarcia Umowy/Porozumienia, Zamówienia. Odmowa podania danych osobowych skutkuje niemożnością zawarcia i realizacji Umowy/Porozumienia/Zamówienia;
11. Podane przez Panią/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.

*Kontrahent zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne nie podpisujące Umowy/Porozumienia/ Zamówienia itp., o których mowa w ust. 1, o treści niniejszej klauzuli informacyjnej.*

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSÓB ZATRUDNIANYCH/WSPÓŁPRACUJĄCYCH, W ZWIĄZKU Z PRZEPISAMI O PRZECIWDZIAŁANIU ZAGROŻENIOM PRZESTĘPCZOŚCIĄ NA TLE SEKSUALNYM

#### ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez SP ZOZ MSWiA w Krakowie z siedzibą w 30-053 Kraków, ul. Kronikarza Galla 25, telefon: +48 12 662 31 50, e-mail: sekretariat@zozmswiakrakow.pl, zwany dalej Administratorem.

#### INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w tym realizacją przysługujących Pani/Panu w tym zakresie praw:

- drogą mailową, pisząc na adres: iod@zozmswiakrakow.pl,
- telefonicznie, dzwoniąc pod numer: +48 663 307 507, lub
- drogą listowną, pisząc na adres siedziby administratora z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych.

#### CELE I PODSTAWY PRAWNE PRZETWARZANIA DANYCH

Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu weryfikacji czy osoba ubiegająca się o stanowisko związane z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi, figuruje w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym lub w innych rejestrach tego typu funkcjonujących w innych państwach, na podstawie art. 10 RODO w związku z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziaaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.

W celu wypełnienia w/w obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, niezbędne będzie pozyskanie od Pani/Pana, z zachowaniem zasady „minimalizacji danych” następujących danych osobowych: danych identyfikujących osobę – nr PESEL, o ile został nadany, pierwsze imię, nazwisko, nazwisko rodowe, imię ojca, imię matki oraz datę urodzenia.

#### PRAWA I OBOWIĄZKI

Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania a także w uzasadnionych przypadkach żądania ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do usunięcia danych.

Administrator przykładą ogromną wagę do bezpieczeństwa Pani/Pana danych osobowych, jeśli jednak uzna Pani/Pan, że przetwarzając dane narusza przepisy, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest warunkiem nawiązania stosunku / zawarcia umowy o współpracy lub dopuszczenia do innej działalności z małoletnimi. Niepodanie danych osobowych w w/w celu skutkować będzie brakiem możliwości nawiązania stosunku pracy/nawiązania współpracy.

#### ZASADY PRZEKAZYWANIA DANYCH INNYM PODMIOTOM

Administrator może udostępniać Pani/Pana dane osobowe wyłącznie organom publicznym i podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz powierzać podmiotom uczestniczącym w przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją przez Administratora w/w celów, wyłącznie na podstawie zawartych umów i na jego wyraźne polecenie po uprzedniej weryfikacji wdrożenia przez te podmioty odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych a także zapewnienia przetwarzania zgodnie z przepisami prawa.

#### OKRES PRZETWARZANIA DANYCH

Pani/Pana dane osobowe pozyskane w w/w celu przechowywane będą, w zależności od rodzaju zawartej umowy, w przypadku zawarcia umowy o pracę przez okres wynikający z przepisów Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy z późniejszymi zmianami a w przypadku zawarcia umowy cywilnoprawnej, przez okres wynikający z Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny z późniejszymi zmianami. Po tym okresie dane zostaną bezpowrotnie usunięte / zniszczone.

*Kontrahent zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne nie podpisujące Umowy/Porozumienia/ Zamówienia itp., o których mowa w ust. 1, o treści powyższych klauzul Informacyjnych.*



-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

## FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa i adres oferenta

.....  
.....  
.....

2. Data sporządzenia oferty:.....

3. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w Krakowie, proponuję następujące ceny za jedno badanie:

..... orzecznictwo dla celów MSWiA  
..... medycyna pracy  
..... poborowi  
..... KOSG

Pozostałe stawki są obligatoryjne.

4. Wykaz załączników do oferty:

- a. ....
- b. ....
- c. ....
- d. ....
- e. ....
- f. ....
- g. ....
- h. ....

5. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję warunek, że nie złożenie przeze mnie żądanych przez Zamawiającego dokumentów może spowodować odrzucenie oferty.

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_

-----  
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Ja (imię i nazwisko)

.....

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

.....

.....

.....

Niniejszym oświadczam, co następuje:

1. Zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przedmiotu zamówienia.
2. Posiadam/Personel posiada wskazane kwalifikacje zawodowe i doświadczenie w celu przyjęcia obowiązków udzielania określonych w specyfikacji świadczeń zdrowotnych.
3. Znane mi są warunki postępowania konkursowego, przedstawione w specyfikacji warunków przygotowania oferty i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w przypadku przyjęcia mojej oferty.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w niniejszym postępowaniu. TAK/NIE\* ?
7. Przyjmuję do wiadomości, iż przed dopuszczeniem do pracy zostaną/osoby zgłoszone zostaną zweryfikowany\e przez Udzielającego zamówienie w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym (Rejestr z dostępem ograniczonym lub Rejestr osób w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystywaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydało postanowienie o wpisie w Rejestrze).

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_

## Informacje o ofercie

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

---

---

---

2. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

---

3. nr wpisu do KRS \_\_\_\_\_

4. osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta \_\_\_\_\_

---

5. Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_

6. NIP \_\_\_\_\_

7. REGON \_\_\_\_\_

8. Adres do korespondencji \_\_\_\_\_

---

9. Adres e-mail \_\_\_\_\_

10. Kontaktowy numer telefonu \_\_\_\_\_

11. Nr fax \_\_\_\_\_

Miejsce i data:.....

(podpis)\_\_\_\_\_