**SPECYFIKACJA**

**do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert**

**na całodobowe wykonywanie badań diagnostyki obrazowej wraz z opisem dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie**

##### 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. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych.
3. Umowa zawarta będzie na okres 3 lat od 01 stycznia 2025 r.

##### PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

* + 1. Przedmiotem konkursu jest całodobowe wykonywanie badań wraz z opisem: RTG, tomografii komputerowej oraz badań ultrasonograficznych, na zlecenie lekarzy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie (zwanego dalej SP ZOZ MSWiA w Krakowie) w pomieszczeniach określonych przez Udzielającego zamówienia w umowie dzierżawy.

CPV 85150000-5 - Usługi obrazowania medycznego

* + 1. Szczegółowy zakres świadczeń oraz szacunkowa liczba badań w okresie zamówienia została określona w załączniku nr 1 do specyfikacji.
		2. Szacunkowa wartość zamówienia wynosi 8 880 000,00 zł w okresie zamówienia.

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ

1. Realizacja przedmiotu zamówienia odbywać się będzie z wykorzystaniem określonych przez Udzielającego zamówienia pomieszczeń i sprzętu. Wzór umowy dzierżawy stanowi załącznik nr 2 do specyfikacji.
2. Przyjmujący zamówienie zapewnia we własnym zakresie personel, sprzęt, aparaturę
i odczynniki niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienia zapewnia całodobową obecność technika radiologii oraz stałą obecność lekarza radiologa w godzinach 8 – 15 w dni powszednie oraz stały dostęp do lekarza radiologa w pozostałych dniach i godzinach.
4. Przyjmujący zamówienie zapewnia opisy badań obrazowych RTG i TK w dniu ich wykonania: do 4 godzin od wykonania badania dla oddziałów szpitala i Izby Przyjęć
i Pomocy Doraźnej, do 3 dni dla ambulatoriów, w dniu zgłoszenia dla medycyny pracy
i komisji lekarskich MSWiA.
5. W przypadkach pilnych badanie zostanie opisane niezwłocznie.
6. Badania USG wykonywane będą w ciągu 3 dni roboczych dla oddziałów szpitalnych i do 2 tygodni dla poradni specjalistycznych.
7. Przyjmujący zamówienie zapewnia dodatkowo obecność lekarza radiologa (nie rzadziej niż raz na kwartał) w spotkaniach z lekarzami SP ZOZ MSWiA w Krakowie, w celu omawiania trudnych diagnostycznie przypadków.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń nieprzerwanie przez cały okres trwania umowy.
9. W przypadkach zaistnienia u Udzielającego zamówienia potrzeby wykonania innego rodzaju badań z zakresu diagnostyki obrazowej nieujętych w załączniku nr 1 do umowy a możliwych do wykonania przez Przyjmującego zamówienie, cena tego badania nie będzie wyższa niż określona aktualnym cennikiem Przyjmującego zamówienie. Strony poszerzą przedmiotowy zakres umowy o w/w badanie w drodze aneksu.
10. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymania cen zaproponowanych w ofercie do końca obowiązywania umowy.
11. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty kar umownych z tytułu nienależytego wykonywania umowy w wysokości do 15% kwoty faktury miesięcznej;
12. Termin płatności za wykonane badania - do 60 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury lub więcej – zgodnie z przedstawioną ofertą.
13. Umowa może być rozwiązana za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
14. Wzór umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych stanowi załącznik nr 3 do specyfikacji.
15. 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 oraz jeśli Przyjmujący zamówienie nie wypełnia podstawowych obowiązków umownych, a w szczególności, gdy:
		1. ograniczy dostępność w zakresie udzielania świadczeń – nieuzasadniona odmowa przyjęcia pacjenta
		2. zawęzi zakres udzielania świadczeń;
		3. będzie udzielał świadczeń zdrowotnych złej jakości (uzasadnione skargi pacjentów oraz fachowych pracowników Udzielającego zamówienia);
		4. nie przedstawi aktualnej polisy ubezpieczeniowej;
		5. nie będzie przestrzegał ustalonej organizacji udzielania świadczeń;
		6. nie będzie przestrzegał obowiązujących przepisów prawnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
		7. spowoduje szkodę u Udzielającego zamówienia z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.
			1. przez Przyjmującego zamówienie w przypadku opóźnienia przez Udzielającego zamówienia w zapłacie należności, przekraczającego 60 dni.
16. 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 stawek)
17. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy w szczególności:
18. całodobowe wykonywanie badań z zakresu diagnostyki obrazowej (TK i RTG) wraz
z opisem, stanowiących przedmiot postępowania, na podstawie skierowania lekarzy SP ZOZ MSWiA w Krakowie;
19. wykonywanie badań stanowiących przedmiot postępowania zgodnie
z obowiązującymi standardami jakości, z zasadami współczesnej wiedzy medycznej
i technicznej, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu najwyższej staranności;
20. wykonywanie badań zgodnie z wymaganiami Ministra Zdrowia i NFZ wobec pracowni diagnostyki obrazowej, pozwalającymi na realizację wszystkich umów zawartych pomiędzy SP ZOZ MSWiA w Krakowie a NFZ oraz innymi podmiotami;
21. stosowanie aparatury i sprzętu posiadających certyfikaty dopuszczenia do obrotu oraz zapewniającego wysoką jakość świadczonych usług;
22. stosowanie materiałów, odczynników, standardów, procedur i metodologii spełniających wymogi określone aktualnymi przepisami prawa;
23. udzielanie świadczeń przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, uprawnienia i spełniające wymagania zdrowotne;
24. stosowanie systemu informatycznego umożliwiającego bezusterkowy przepływ danych do systemu informatycznego Udzielającego zamówienia oraz prezentację zdjęć;
25. zapis zdjęć w standardzie DICOM i przesyłanie protokołem HL7;
26. płyta CD powinna zawierać nadruk lub naklejkę zawierające pełne dane pacjenta (Imię, nazwisko, PESEL) datę wykonania badania, numer, rodzaj badania oraz nazwę firmy wykonującej badanie;
27. integracja z systemem HIS (AMMS Asseco Poland S.A.) Udzielającego zamówienie w zakresie zlecania badań diagnostyki obrazowej oraz odbioru wyników badań za pomocą protokołu PIK HL7;
28. udostępnienie podglądu obrazów wykonanych badań za pomocą przeglądarki wbudowanej w system HIS Udzielającego zamówienie;
29. generowanie danych manifestu w obowiązującym standardzie np. HL7 FIHR ImagingManifest oraz deponowanie manifestu w platformie regionalnej MSIM za pomocą transakcji RAD-68;
30. udostępnianie dokumentów podmiotom partnerskim z wykorzystaniem transakcji RAD-107;
31. udostępnienie zdjęć, obrazów oraz wyników w oddziałach i poradniach Udzielającego zamówienia aktualnych i archiwalnych całodobowo;
32. wykonywanie wewnątrzustnych zdjęć RTG zębów aparatem cyfrowym, jeżeli nie jest to możliwe od pierwszego dnia obowiązywania umowy, zapewnienie możliwości wykonywania w/w badań nie później niż od 1 lipca 2025 r.
33. prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych oraz sprawozdawczości statystycznej w zakresie przedmiotu zamówienia.
34. prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej po wejściu w życie stosownych przepisów;
35. zapewnienie ochrony danych objętych dokumentacją medyczną;
36. 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;
37. należyte i terminowe wykonywanie świadczeń;
38. poddawanie się procedurom kontrolnym Udzielającego zamówienia;
39. zobowiązanie się do poddania kontroli Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
w zakresie wynikającym z umowy;
40. wykonywanie świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot zamówienia
z zachowaniem pierwszeństwa i nie może być zakłócane lub ograniczane z powodu innych zobowiązań Przyjmującego zamówienie.
41. dysponowanie innymi placówkami z czynnymi instalacjami i sprzętem
o równoważnych parametrach na terenie Krakowa, umożliwiającymi awaryjne zabezpieczenie realizacji przedmiotu zamówienia
42. zapewninie we własnym zakresie konsultacje w zewnętrznych ośrodkach referencyjnych, w przypadkach trudnych diagnostycznie lub wymagających złożonej interpretacji.
43. zachowanie ciągłości ubezpieczenia w czasie trwania umowy oraz dostarczenie niezwłocznie aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie po upływie ważności poprzedniego okresu ubezpieczenia.

### WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

###  A . DOKUMENTY

Dla udokumentowania spełnienia wymaganych warunków oraz uznania formalnej poprawności, oferta musi zawierać następujące dokumenty (odpisy/kserokopie) poświadczone 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 Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej |
| Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej. |
| Informacje o oferencie |
| Inne dokumenty, które oferent uzna za stosowne |
| Lista osób wykonujących świadczenia zdrowotne wraz z ich kwalifikacjami i numerami prawa wykonywania zawodu  |
| Wykaz sprzętu na którym wykonywane będą świadczenia |
| Podpisane projekty umów (na świadczenia zdrowotne i dzierżawę pomieszczeń) |

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.

1. POZOSTAŁE WARUNKI:
2. **Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oferenta zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi odpowiadać przedmiotowi zamówienia**
3. **Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu zamówienia – 1 technik elektroradiologii oraz 2 lekarzy, o których mowa w pkt 3 i 4.**
4. **Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych winni posiadać tytuł specjalisty lub specjalizację w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej.**
5. **Lekarze specjaliści, którzy ukończyli specjalizację obejmującą swoim programem nabycie umiejętności wykonywania badań ultrasonograficznych w określonym zakresie lub posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań ultrasonograficznych.**
6. **Umowa na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zostanie podpisana z oferentem, który złoży najkorzystniejszą ofertę i podpisze umowę dzierżawy pomieszczeń w celu świadczenia usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej.**
7. **Umowa dzierżawy pomieszczeń zostanie zawarta na okres wykonywania świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.**
8. **Cena badań jest taka sama, niezależnie od trybu zlecenia,**
9. **Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wskazania miejsca, w którym możliwe będzie wykonanie badania w przypadku awarii sprzętu.**
10. **W przypadku awarii sprzętu Przyjmujący zamówienie ponosi koszt przewiezienia pacjentów przez Udzielającego zamówienia na badanie lub zapewni własny transport odpowiednim środkiem w obie strony.**
11. **Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość, kompleksowość, dostępność
i jakość udzielanych świadczeń na warunkach określanych w umowach Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia zakresie przedmiotu zamówienia.**
12. KRYTERIA OCENY OFERT.
	* + 1. Ocenie podlegają oferty złożone przez oferentów spełnijących warunki w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości określone w niniejszej specyfikacji z uwzględnieniem następującego kryterium cenowego:
			2. Przy wyborze oferty Udzielający zamówienia będzie się kierował sumą punktów uzyskanych z następujących kryteriów:
13. Łączna wartość zamówienia przy zapewnieniu warunków o których mowa w p. IV ust. B niniejszej specyfikacji dla pozycji od 1 do 12 ujętych w załączniku nr 1 do niniejszej specyfikacji - max. 55 pkt;
14. Łączna wartość zamówienia przy zapewnieniu warunków o których mowa w p. IV ust. B niniejszej specyfikacji dla pozycji od 13 do 34 ujętych w załączniku nr 1 do niniejszej specyfikacji - max. 30 pkt;
15. Łączna wartość zamówienia przy zapewnieniu warunków o których mowa w p. IV ust. B niniejszej specyfikacji dla pozycji od 35 do 99 ujętych w załączniku nr 1 do niniejszej specyfikacji - max. 15 pkt.

**Cna Cnb Cnc**

**…… x 55 + …… x 30 + …… x 15 = 100**

**Coa Cob Coc**

Gdzie: **Cna** oznacza najniższą zaoferowaną wartość dla pozycji 1-12 załącznika nr 1

**Coa** oznacza wartość zaproponowaną w danej ofercie dla pozycji 1-12 załącznika nr 1

 **Cnb** oznacza najniższą zaoferowaną wartość dla pozycji 13-34 załącznika nr 1

**Cob** oznacza wartość zaproponowaną w danej ofercie dla pozycji 13-34 załącznika nr 1

**Cnc** oznacza najniższą zaoferowaną wartość dla pozycji 35-99 załącznika nr 1

**Coc** oznacza wartość zaproponowaną w danej ofercie dla pozycji 35-99 załącznika nr 1

* + - 1. W przypadku, kiedy dwie oferty uzyskają tę samą liczbę punktów, o przyjęciu jednej z nich zdecyduje

liczba specjalistów udzielających świadczeń.

### 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 na badania TK, RTG, USG w Krakowie**

**Nie otwierać przed 19 grudnia 2024 r.**

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

1. Oferty należy składać w Kancelarii Zakładu przy ul. Kronikarza Galla 25
w Krakowie, do dnia 19 grudnia 2024 r. do godz. 1000
2. Oferty złożone po terminie będą zwracane bez otwierania.
3. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane w ciągłości i podpisane przez Oferenta. Wszystkie strony oferty należy spiąć w sposób uniemożliwiający jej zdekompletowanie.
4. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.
5. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

### DODATKOWE INFORMACJE DLA OFERENTÓW

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 19 grudnia 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 o dnia 23 grudnia grudnia 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 :
7. złożoną po terminie ,
8. zawierającą nieprawdziwe informacje,
9. jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń,
10. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
11. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
12. jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną ,
13. jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych
w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienia
w postępowaniu konkursowym.
14. złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn zawinionych przez oferenta.

9. Unieważnia się postępowanie gdy:

1. nie wpłynęła żadna oferta, lub wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, nieprzyjęta przez Komisję,
2. odrzucono wszystkie oferty,
3. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń,
4. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. **POSTĘPOWANIE ODWOŁAWCZE.**
6. 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.
7. 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, ze protest jest oczywiście bezzasadny. Protest wniesiony po terminie nie podlega rozpoznaniu.
8. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, oferent może wnieść do dyrektora SP ZOZ MSWiA w Krakowie odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
9. 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, 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 zwykłe – 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 Przestępstw 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 przeciwdziałaniu 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 przykłada 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

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

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

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

1. Data sporządzenia oferty:.....................................
2. Wartość zamówienia określona w zał. Nr. 1 do specyfikacji wynosi …………………. zł
3. Wykaz załączników do oferty:
4. ………………………………………………………………………………………….
5. ………………………………………………………………………………………….
6. ………………………………………………………………………………………….
7. ………………………………………………………………………………………….
8. ………………………………………………………………………………………….
9. ………………………………………………………………………………………….
10. ………………………………………………………………………………………….
11. ...........................................................................................................
12. ...........................................................................................................
13. ............................................................................................................
14. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję warunek, że nie złożenie przeze mnie żądanych przez Udzielającego zamówienia 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. Oświadczam iż moi pracownicy zostali zweryfikowani w Rejestrze Sprawców Przestępstw 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) oraz Krajowym Rejestrze Karnym.

Miejsce i data:..................................... (podpis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informacje o oferencie

1. Dokładna nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

1. nr wpisu do KRS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. osoba upoważniona do występowania w imieniu oferenta
3. Nr rachunku bankowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. REGON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Adres do korespondencji\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Adres e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Kontaktowy numer telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Nr fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejsce i data:..................................... (podpis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Lista osób wykonujących badania RTG, USG, TK (LEKARZE I TECHNICY)

(wypełnia podmiot leczniczy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Nr Prawa wykonywania zawodu** | **Specjalizacje** | **Uwagi** |
| *1* | *2* | *4* | *5* | *6* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 data i podpis osoby upoważnionej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LISTA SPRZĘTU NA KTÓRYM BĘDĄ WYKONYWANE BADANIA** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **NAZWA SPRZĘTU, PRODUCENT, TYP** | **ROK PRODUKCJI** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |

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

 data i podpis osoby upoważnionej