

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
04/DP/01/2023

**Szpital Miejski  
w Zabrze Sp. z o.o.  
ul. Zamkowa 4  
41-803 Zabrze  
tel.: (32) 277-61-00, (32) fax: (32) 271-73-11  
e-mail: [sekretariat@szpitalzabrze.pl](mailto:sekretariat@szpitalzabrze.pl)  
strona internetowa: [www.bip.szpitalzabrze.pl](http://www.bip.szpitalzabrze.pl)**

**MATERIAŁY DOTYCZĄCE  
SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU  
OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE  
W ZAKRESIE:**

**Usług lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( tekst jedn. : DZ.U. 2022r, poz. 633 ze zm.), zwanej dalej Ustawą oraz art. 140, art.141, art.146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art.150, art.1 151 ust. 1,2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( tekst jedn. DZ.U. 2022, poz. 2561 ze zm.), właściwe Rozporządzenie Ministra z dnia 29.04.2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U. 2019, poz. 866 oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., zwanego dalej Udzielającym zamówienie.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
04/DP/01/2023

Zabrze, dnia 12.01.2023 r.

## **I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w godzinach dopołudniowych**, w zakresie świadczeń realizowanych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (umowa z NFZ), które udzielane będą na podstawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Oddziału, zatwierdzonego każdorazowo przez Kierownika Oddziału Udzielającego zamówienie.
2. Realizacja przedmiotu zamówienia będzie polegała w szczególności na wykonywaniu zadań wynikających z projektów umów dla każdego pakietu oddzielnie będących integralną częścią niniejszych materiałów.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 będą realizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami m.in.: Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Kodeksu Cywilnego, przepisami wewnętrznymi obowiązującymi w siedzibie Udzielającego zamówienie. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy ze szczególną starannością i z uwzględnieniem specyfiki zawodu lekarza na zasadach określonych w przepisach szczególnych lub wynikających ze standardów obowiązujących w chwili wykonywania danej czynności.
4. Cena podana przez Oferenta winna być ceną brutto, która zawiera już wszystkie elementy cenotwórcze.
5. Proponowana cena za świadczenia zdrowotne jest obowiązująca przez cały okres obowiązywania umowy a liczba świadczeń wskazana w formularzu cenowym (**Załączniku nr 3**) jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
6. Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
6. Świadczenia zdrowotne udzielane będą w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00 zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym i zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału według aktualnych potrzeb Udzielającego zamówienie.
7. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa załącznik Nr 3 niniejszych materiałów dla każdego pakietu oddzielnie.

## **II. TERMIN WYKONANIA UMOWY**

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.02.2023 r. do dnia 31.07.2023 r.**
2. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

## **III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę.
  2. Udzielający zamówienia nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych
  3. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
    - Nazwa, dokładny adres oferenta, numer telefonu
    - Numer postępowania konkursowego
    - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
    - Napis „nie otwierać przed dniem 23.01.2023r do godz. 11:30”.
- Pierwsza strona oferty powinna zawierać :
- Łączną ilość stron oferty
  - Spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje
4. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH (Załączniki nr 1, 2, 3, 4).
  5. Oferta musi być kompletna.

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
04/DP/01/2023

6. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.
7. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
8. Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
9. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

**IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM**

**Wymagania wobec oferentów prowadzących indywidualne praktyki lekarskie**

**Wymagane dokumenty:**

- a. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej ( CEIDG)
- b. wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w Izbie Lekarskiej ( księga rejestrowa)
- c. Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- d. Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej ( NIP )
- e. Dyplom lekarza
- f. **UPRAWNIENIA LEKARZA SYSTEMU to :**
  - lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
  - lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub
  - lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty
  - lekarz posiadający 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala ( jest obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do dnia 1 stycznia 2018 r.)
- g. prawo wykonywania zawodu lekarza
- h. badania okresowe przeprowadzone przez lekarza profilaktyka ( aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia)- złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej
- i. aktualna polisa ubezpieczenia OC ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- j. zaświadczenie potwierdzające spełnienie wymogu lekarza systemu opisanego w pkt. F
  - dyplom specjalizacji / tytuł specjalisty / zaświadczenie potwierdzające wymogi określone w pkt. f-4

**Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:**

1. Formularz ofertowy ( Załącznik Nr 1 )
2. Oświadczenie Oferenta ( Załącznik Nr 2 )
3. Formularz cenowy ( Załącznik Nr 3 )
4. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych
5. Dokumenty wymagane zgodnie z punktem „IV wymagania stawiane Oferentom „ niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

#### **V. WARUNKI PŁATNOŚCI**

1. Zgodnie z załączonymi projektami umów dla wybranych Pakietów.

#### **VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ**

1. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umów określają Załączniki Nr 3 do wybranego pakietu. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić (zmniejszyć) w zależności od zapotrzebowania – wg potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Szpital oczekiwał będzie od Przyjmującego zamówienie wykonania usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, normami, sztuką i etyką zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapotrzebowaniem zatwierdzonym przez Kierownika Oddziału Udzielającego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie przejmuje pełną odpowiedzialność za dokładność i sumienność wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
6. Udzielający zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia bazy lokalowej, sprzętu medycznego oraz innych środków do realizacji świadczeń zdrowotnych będących w posiadaniu Udzielającego zamówienie i możliwych do udostępnienia.
7. Niniejsze Szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
8. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w umowie podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu, której projekt stanowi załącznik nr 5, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

#### **VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT**

Oferta musi być złożona **do dnia 23.01.2023 r. do godz. 11:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 23.01.2023 r. o godz. 11:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sala konferencyjna – budynek Dyrekcji.

#### **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

#### **IX. OCENA OFERT**

**Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium ceny „Cena” 100%**

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu cenowym (Załącznik nr 3).

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 100$$

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
04/DP/01/2023

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty. Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans punktów (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja świadczenia usług zostanie powierzona Oferentowi, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów lub takiej liczbie Oferentów zgodnej z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów.

( max 2 osoby)

Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

#### **X. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 24.01.2023 r.**

W przypadku uzyskania przez większą liczbę Oferentów takiej samej liczby punktów, Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo wezwania wszystkich tych oferentów do złożenia ofert dodatkowych.

#### **XI. OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącymi Załącznik nr 5 (wraz z załącznikami do umowy) do Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość unieważnienia konkursu w całości lub części bez podania przyczyny.

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. przy ul. Zamkowej 4 , 41-803 Zabrze, jako administrator danych osobowych uczestników konkursu informuje , że dane osobowe zawarte w przesłanych dokumentach aplikacyjnych będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów. Każdemu uczestnikowi przysługuje prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne , ale niezbędne do wzięcia udziału w konkursie.

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu [jod@szpitalzabrze.pl](mailto:jod@szpitalzabrze.pl)

#### **Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :**

Kierownik Działu Planowania i Rozliczeń Usług Personelu Medycznego - mgr Sylwia Woźniak  
Specjalista – mgr Adrianna Wybranowska

Prezes Zarządu / Z-ca Prezesa Zarządu :

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta: .....
2. Adres: .....
3. Numer telefonu kontaktowego : .....
4. NIP .....
5. PESEL .....
6. REGON .....
7. Numer księgi rejestrowej .....
8. Organ dokonujący wpisu .....
9. Akceptuję przedstawiony projekt umowy: Załącznik nr 5 (wraz z załącznikami do umowy)

\*Niepotrzebne skreślić

.....  
( podpis oferenta)

**Całkowita wartość brutto planowanych świadczeń lekarskich\* wynosi: .....zł\***  
(słownie .....)

\*

( Przez całkowitą wartość brutto należy rozumieć iloczyn planowanej liczby godzin świadczeń i ceny za godzinę świadczenia podaną w formularzu cenowym )

podpis Oferenta

.....

## „ Oświadczenie Oferenta”

Nazwa Oferenta.....

Adres.....

### Niniejszym, oświadczam, że :

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu , projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na okres podany w warunkach konkursu w miejscu wyznaczonym przez Organizatora konkursu i w terminie zgodnym z warunkami konkursu.
3. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy przez Szpital Miejski w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.
7. Nie udzielam i nie będę udzielać w trakcie trwania umowy wynikającej z niniejszego konkursu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako:
  - a) lekarz prowadzący praktyki zawodowe indywidualne
  - b) lekarz prowadzący praktyki grupowe w formie spółek cywilnych
  - c) lekarz prowadzący indywidualne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego
  - d) lekarz prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu niniejszego postępowania konkursowego prowadzonego przez Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. zgodnie z przepisami prawa unijnego oraz polskiego w zakresie ochrony danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że Administratorem Danych Osobowych jest Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze. Dane zbierane są dla potrzeb postępowania konkursowego. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych wymienionych w niniejszym ogłoszeniu jest dobrowolne i niezbędne do procesu rekrutacji. Podanie dodatkowych danych i informacji, wykraczających poza zakres niniejszego ogłoszenia, nie jest wymagane. ”

**miejsce i data**

**podpis Oferenta**

\* niepotrzebne skreślić

## FORMULARZ CENOWY

( załącznik Nr 1 do umowy)

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
1.	usługi lekarskie w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00	780

### ***Usługi lekarskie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym***

***- Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o.***

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług lekarskich w dni ( od poniedziałku do piątku) w godzinach pomiędzy 7:25 – 15:00,

.....zł

słownie.....

( max. 150,00 zł )

**Ogółem wartość : 780 godz x .....( cena )...=.....**

**Proszę uzupełnić tabelę**

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:  
Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. ul. Zamkowa 4 - Szpitalny Oddział Ratunkowy

.....  
Podpis Oferenta



**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dalej „RODO”), informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. (ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze) wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000328484*
2. **Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.** powołał inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: **iod@szpitalzabrze.pl**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:
  - a. związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w zakresie danych zawartych w dokumentach aplikacyjnych/ofercie.
  - b. *związanych z zawarciem (w tym działania przed zawarciem umowy) i realizacją umowy, na podstawie art.6 ust. 1 lit. b. RODO), w zakresie danych niezbędnych do realizacji umowy (imię, nazwisko, wykształcenie, przebieg dotychczasowego zatrudnienia, kwalifikacje, PESEL, adres zamieszkania, numer rachunku płatniczego)*
  - c. zapewnienia bezpieczeństwa na terenie Szpitala, w tym bezpieczeństwa pracowników i pacjentów, ochrony mienia Administratora, *za pośrednictwem systemu monitoringu wizyjnego rejestrującego wizerunek – obraz - utrwalony w chwili przebywania w miejscach objętych zasięgiem monitoringu, w tym Pani/Pana przemieszczania się oraz zachowania, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f. RODO (przetwarzanie danych jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora),*
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą **upoważnieni pracownicy/zleceniobiorcy Szpitala Miejskiego w Zabrze sp. z o.o. oraz** inne podmioty na podstawie właściwych przepisów, w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia, właściwy urząd skarbowy, osoby i podmioty przetwarzające dane w ramach świadczeń obsługi podatkowo-księgowej i doradztwa prawnego;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:
  - a. trwania konkursu oraz okres niezbędny do rozpatrzenia ewentualnych protestów;
  - b. **trwania umowy oraz okres przedawnienia roszczeń wynikających z umowy, w tym także okres przechowywania dokumentacji podatkowej, dokumentacji ZUS, NFZ;**
  - c. Nagrania monitoringu wizyjnego są przechowywane przez 10 dni od dnia nagrania. W przypadku, w którym nagrania obrazu pochodzące z monitoringu wizyjnego stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, nagrania obrazu będą przechowywane do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Po okresie przechowywania nagrań na nośnikach zarejestrowane dane są nadpisywane kolejnymi nagraniami, bez możliwości technicznego odzyskania.
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest **warunkiem wzięcia udziału w konkursie, zawarcia i kontynuowania umowy;**
10. dane nie są poddane profilowaniu.

Potwierdzam uzyskanie powyższych informacji

.....  
data, podpis