

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
07/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
strona internetowa: www.bip.szpitalzabrze.pl

MATERIAŁY DOTYCZĄCE
SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU
OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

***Usługi lekarskie w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej – w zakresie
nocnej i świątecznej opieki medycznej w ramach dyżurów lekarskich***

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst. jedn. DZ.U. z 2022r., poz. 633), oraz art. 140,141,146 ust. 1, 147, 148 ust.1,149,150, 151 ust. 1,2 i 4-6, 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. : DZ.U. 2022r. , poz. 2561 ze zm.), właściwe Rozporządzenie Ministra z dnia 29.04.2019 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U. 2019,poz. 866 ze zm. oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy nie będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej DZ.U. Nr 293 poz. 1728 ze zm.) 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
07/DP/01/2023

Zabrze, dnia 30.01.2023 r.

I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie: **usług lekarskich w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej – w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach dyżurów lekarskich**, które udzielane będą na podstawie miesięcznego zapotrzebowania, ustalonego dla potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Cena podana przez Oferenta winna być ceną brutto, która zawiera już wszystkie elementy cenotwórcze.
3. Proponowana cena za świadczenia zdrowotne jest obowiązująca przez cały okres obowiązywania umowy a liczba świadczeń wskazana w formularzu ofertowo - cenowym (Załączniku nr 1) jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
4. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa załącznik Nr 1 niniejszych materiałów.

II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Termin wykonania umowy: od dnia **01.03.2023 r. do dnia 31.01.2024 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. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
 - Nazwa oferenta/ Nazwisko i imię , dokładny adres oferenta, numer telefonu
 - Numer postępowania konkursowego
 - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego
 - Napis „, nie otwierać przed dniem 14.02.2023r do godz. 08:30”.
- 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
3. **UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH** (Załączniki nr 1, 2, 3,4).
 4. Oferta musi być kompletna.
 5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.
 6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
 7. Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.
 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

a. Wymagane dokumenty:

- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w Izbie Lekarskiej (księga rejestrowa)
- Zaświadczenie lub poświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- Zaświadczenie lub poświadczenie o Numerze Identyfikacji Podatkowej (NIP)
- Dyplom lekarza

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

- Dyplom specjalisty, lub specjalizacja (jeśli posiada)
- karta szkolenia specjalizacyjnego – lekarz w trakcie specjalizacji
- prawo wykonywania zawodu lekarza
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie dyżurów lekarskich (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- aktualna polisa ubezpieczenia OC (złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)

Wymagania wobec oferentów nie prowadzących działalności gospodarczej

Osoba ubiegająca się o udzielanie świadczeń zdrowotnych posiada podstawowe zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy i osiąga minimalne wynagrodzenie zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z 13 września 2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2023 r. (Dz.U. z 2022r. , poz. 1952). Osoby nie spełniające w/w warunku lub uprawnione do świadczeń emerytalnych – zgodnie z zapisami projektu umowy .

W celu potwierdzenia w/w warunków osoba składa oświadczenie zgodnie z załącznikiem Nr 3 niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na Świadczenia Zdrowotne lub aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu.

b. Wymagane dokumenty:

- Dyplom lekarza
- Dyplom specjalisty, lub specjalizacja (jeśli posiada)
- karta szkolenia specjalizacyjnego – lekarz w trakcie specjalizacji
- prawo wykonywania zawodu lekarza

Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :

- aktualną polisę ubezpieczenia OC
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy,

dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :

- wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - (księga rejestrowa),
- wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:

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

V. WARUNKI PŁATNOŚCI

Zgodnie z projektem umowy

VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ

1. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa Załącznik Nr 1. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić (zmniejszyć) w zależności od zapotrzebowania – wg potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Szpital oczekiwali 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 Koordynatora 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.
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 podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu umowie, 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 14.02.2023 r. do godz. 08:00** 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 14.02.2023 r. o godz. 08:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – 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

1. Wybór najkorzystniejszej oferty dokonany zostanie na podstawie kryterium ceny „Cena”
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:

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

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 6 osób)

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

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 17.02.2023 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 stanowiącym Załącznik nr 5 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 z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu iod@szpitalzabrze.pl

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

Kierownik działu Planowania i Rozliczeń Usług Personelu Medycznego - mgr Sylwia Woźniak

Zatwierdzamy :

ZASTĘPCA PREZESA

Prezes/ Z-ca Prezesa Zarządu *Piotr Trybański*

Dział Planowania i Rozliczeń
Usług Personelu Medycznego
SPECJALISTA

mgr Sylwia Woźniak

Dział Planowania i Rozliczeń
Usług Personelu Medycznego
KIEROWNIK DZIAŁU

mgr Sylwia Woźniak

FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta:
 2. Adres:
 3. Numer telefonu kontaktowego :
 4. NIP
 5. PESEL
 6. REGON
 7. Numer wpisu do właściwego rejestru
 8. Organ dokonujący wpisu
 9. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:
 - Załącznik nr 5 do umowy
- (podpis oferenta)

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Planowana liczba godzin dyżurów
1.	Dyżur zwykły (poniedziałek – piątek) od godziny 18:00 – 24:00 (OBSADA 3 LEKARZY)	314
2.	Dyżur zwykły (poniedziałek – piątek) od godziny 00:00 – 08:00 (OBSADA 2 LEKARZY)	414
3.	Dyżur (sobota , niedziela) od godziny 08:00 – 24:00 (OBSADA 3 LEKARZY)	339
4.	Dyżur (sobota , niedziela) od godziny 00:00 – 08:00 (OBSADA 2 LEKARZY)	225
5	Dyżur świąteczny od godziny 08:00 – 24:00 (OBSADA 3 LEKARZY), 00:00 – 08:00 (OBSADA 2 LEKARZY)	138

- | |
|--|
| 1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w dni (od poniedziałku do piątku) od godziny 18:00 – 24:00,zł , słownie.....
(max. 110,00 zł) |
| 2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego w dni (od poniedziałku do piątku) od godziny 00:00 – 08:00,zł , słownie.....
(max. 120,00 zł) |
| 3. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego (soboty, niedziele) od godziny 08:00-24:00) zł słownie.....
(max. 125,00 zł) |
| 4. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego (soboty, niedziele) od godziny 00:00-08:00) zł słownie.....
(max. 130,00 zł) |
| 5. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę pełnienia dyżuru lekarskiego (święta) od godziny 08:00-08:00) zł słownie.....
(max. 150,00 zł) |

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

* z wyjątkiem : tj. (Wigilia , Boże Narodzenie 2 dni , Sylwester, Wielkanoc 2 dni, Nowy Rok) –
160,00 zł w godzinach pomiędzy 08:00 – 08:00

*w wyjątkowych sytuacjach, podczas braku jednego lekarza na dyżurze (stacjonarnym lub wyjazdowym z wyłączeniem lekarza pediatry)lekarz , który przejmie jego obowiązki w godzinach od 18:00 – 24 :00 w dni powszednie i w godzinach 8:00 – 24:00 w soboty , niedziele i święta otrzyma za te świadczenia stawkę godzinową równą 1,5 stawki - ceny jednostkowej określonej za te świadczenia.

Ad. 1 Ogółem wartość za dyżur zwykły :	314 godz x=.....
Ad. 2 Ogółem wartość za dyżur zwykły :	414 godz x=.....
Ad. 3 Ogółem wartość za dyżur sobota, niedziela:	339 godz x=.....
Ad. 4 Ogółem wartość za dyżur sobota, niedziela :	225 godz x=.....
Ad.5 Ogółem wartość za dyżur świąteczny :	138 godz x=.....

Suma wartości za dyżur zwykły i świąteczny :

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin dyżurów jest ilością szacunkową.

Świadczenia zdrowotne w ramach dyżurów lekarskich wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienie.:

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.

ul. Zamkowa 4

.....
Podpis Oferenta



....., dn.

„ Oświadczenie Oferenta”

Nazwa Oferenta/Nazwisko i imię

.....

Adres/siedziba.....

.....

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 moich danych/ 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 rekrutacji. 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

OŚWIADCZENIE (dotyczy osób fizycznych)

PESEL.....

Nazwisko i imiona

Oświadczam, że:

Jestem/nie jestem* zatrudniony na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia* u innego pracodawcy,
ubezpieczony w ZUS * i osiągam/ nie osiągam* wynagrodzenie wyższe lub równe niż minimalne określone
przez M.P.i P.S. tj. : **3490,00 zł** od dnia **01.01.2023r. - 30.06.2023r.** , oraz **3600zł** od dnia **01.07.2023r. –**
31.12.2023r brutto miesięcznie(ze zmianami na 2024 rok), odprowadzam składki z innego tytułu ; Tak/Nie

Jestem / nie jestem emerytem / rencistą*

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania zleceniodawcy o wszelkich zmianach w treści niniejszego oświadczenia.
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

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

ohet