



nr postępowania: **NHR.2024.120.24**

16.04.2024 r.

**DYREKTOR**

**Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza  
w Bydgoszczy, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9**

*działając na podstawie przepisu art. 26 i 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*

**Informuję o modyfikacji ogłoszenia oraz Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w postępowaniu konkursowym nr NHR.2024.120.24**

*W Ogłoszeniu Konkursu Ofert dotyczącego postępowania konkursowego nr NHR.2024.120.24, wprowadza się następujące zmiany:*

„Oferty należy składać w biurze podawczym szpitala na formularzach ofertowych udostępnionych przez Udzielającego zamówienia do dnia **19.04.2024 r.** do godz. **9:30** w zaklejonych kopertach, podpisanych imieniem, nazwiskiem, adresem oraz numerem telefonu oferenta oznaczonych napisem:

**Konkurs ofert nr NHR.2024.120.24 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia nie otwierać przed 19.04.2024 r. godz. 10:00.**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **19.04.2024 r.** o godz. **10:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia, rozstrzygnięcie nastąpi do dnia **23.04.2024 r.** do godz. **15:00**”

*W Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dotyczących postępowania nr NHR.2024.120.24, wprowadza się następujące zmiany:*

**„TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT**

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

**w dniach od 09.04.2024 r. do 19.04.2024 r. do godz. 9:30**

**(wyłącznie w dni powszednie) w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9.**

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w kopercie opatrzonej napisem: **„Konkurs ofert nr NHR.2024.120.24 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia nie otwierać przed 19.04.2024 r. godz. 10:00”**

3. Na wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem jakim została oznakowana oferta.

4. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej, następnie zaklejoną kopertę włożyć do kolejnej koperty i zaadresować, z dopiskiem **„Konkurs ofert nr NHR.2024.120.24 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia”** pod niżej wskazany adres:

**Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza  
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9  
85-094 Bydgoszcz**

5. W przypadku osobistego złożenia oferty przez Oferenta należy umieścić na kopercie adres zwrotny oraz numer telefonu kontaktowego. Powyższe dotyczy również wewnętrznej koperty oferty złożonej drogą pocztową bez zwrotnego potwierdzenia nadania.
6. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Szpitala przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.

#### **UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU**

1. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści SWK.
2. Do kontaktów z Oferentami upoważnione są: Aleksandra Borucka, Weronika Nowak, Agnieszka Jankowska, Anna Lubiszewska, Jagienka Ziółkowska (tel. 52 585 41 63, 52 585 40 91, 52 585 40 92, 52 585 77 22, 52 585 41 62 w godzinach od 09:00 do 14:00).

#### **MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 19.04.2024 r. o godz. 10:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 23.04.2024 r. do godz. 15:00**.

#### **PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny, w tym części/zakresu konkursu.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWK dotyczących zmiany terminu składania ofert.
3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowy na świadczenie usług zawarte zostaną **w zakresie nr 1 od dnia 01.05.2024 r. do dnia 30.04.2025 r. oraz w zakresie nr 2 od dnia 01.05.2024 r. do dnia 30.04.2029 r.**

*Zmieniono formularz ofertowy w załączniku nr 1 oraz nr 2 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej przez lekarzy specjalistów w ramach Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej w sposób przedstawiony poniżej.*

DYREKTOR  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

*dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś*

## OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej przez lekarzy specjalistów w ramach Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Zakres 1.1./1.2.\*

\* - właściwe zakreślić

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>FIRMA</b>		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>NIP</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**III. WARUNKI:**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:
  - 1) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
  - 2) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,
  - 3) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta.
  - 4) **Świadczenia w trakcie udzielania świadczeń w dni robocze i dyżurów medycznych:**
    - a) ..... PLN za 1 badanie tomografii komputerowej,
    - b) ..... PLN za 1 badanie MR,
    - c) ..... PLN za 1 badanie USG,
    - d) ..... PLN za 1 badanie USG Doppler,
    - e) ..... PLN za 1 badanie USG ortopedyczne,
    - f) ..... PLN za 1 badanie USG piersi

- g) ..... PLN za 1 badanie USG przyłóżkowe,
- h) ..... PLN za 1 opis zdjęcia RTG,
- i) ..... PLN za 1 badanie kontrastowe RTG,
- j) ..... PLN za 1 angiografię DSA,
- k) ..... PLN za 1 angioplastykę, wszczepienie filtru do vci,
- l) ..... PLN za 1 embolizację obwodową lub inny zabieg pozaczaskowy,
- m) ..... PLN za 1 chemoembolizację,
- n) ..... PLN za 1 wszczepienie stentgraftu, TAVI, TIPS ,
- o) ..... PLN za 1 embolizację do 3 spiral,
- p) ..... PLN za 1 embolizację 4-6 spiral,
- q) ..... PLN za 1 embolizację powyżej 6 spiral,
- r) ..... PLN za 1 embolizację z remodelingiem,
- s) ..... PLN za 1 inny zabieg wewnątrzczaszkowy,
- t) ..... PLN trombektomia.

**5) Świadczenia na wezwania w ramach gotowości do udzielania świadczeń tzw. „dyżurów pod tel.” w dni robocze, soboty, niedziele i święta:**

- a) ..... PLN leczenie krwawienia wewnątrzczaszkowego z tętniaka lub innej malformacji wewnątrzczaszkowej,
- b) ..... PLN leczenie kolejnego krwawienia wewnątrzczaszkowego z tętniaka lub innej malformacji wewnątrzczaszkowej na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu,
- c) ..... PLN leczenie ostrego rozwarstwienia aorty piersiowej,
- d) ..... PLN leczenie kolejnego ostrego rozwarstwienia aorty piersiowej na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu,
- e) ..... PLN leczenie krwawienia z tętnicy obwodowej,
- f) ..... PLN leczenie kolejnego krwawienia z tętnicy obwodowej na wezwanie w trakcie bieżącego z zabiegu,
- g) ..... PLN angiograficzne potwierdzenie śmierci mózgu,
- h) ..... PLN kolejne angiograficzne potwierdzenie śmierci mózgu na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu,
- i) ..... PLN trombektomia,
- j) ..... PLN kolejna trombektomia na wezwanie w trakcie bieżącego zabiegu.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.05.2024 r. do 30.04.2025 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

**IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy;

10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, w Klinice Chorób Oczu, w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, w Klinice Medycyny Ratunkowej, w Klinice Psychiatrii, w Klinice Rehabilitacji, w Zespole Sal Operacyjnych, w Zespole Poradni Specjalistycznych, w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynności Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty. Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.**

.....  
podpis Oferenta

#### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o działalności leczniczej oraz ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

## OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej przez lekarzy specjalistów w ramach Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Zakres 1.3/1.4/1.5/1.6/1.7/1.8/1.9\*.

\* - właściwe zakreślić

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>FIRMA</b>		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>NIP</b>		
<b>Telefon</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**III. WARUNKI:**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:
  - 1) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
  - 2) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,
  - 3) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta.
  - 4) **Świadczenia w trakcie udzielania świadczeń w dni robocze i dyżurów medycznych:**
    - a) ..... PLN za 1 badanie tomografii komputerowej,
    - b) ..... PLN za 1 badanie MR,
    - c) ..... PLN za 1 badanie USG,
    - d) ..... PLN za 1 badanie USG Doppler,
    - e) ..... PLN za 1 badanie USG ortopedyczne,
    - u) ..... PLN za 1 badanie USG piersi
    - f) ..... PLN za 1 badanie USG przyłóżkowe,

- g) ..... PLN za 1 opis zdjęcia RTG,
- h) ..... PLN za 1 badanie kontrastowe RTG.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.05.2024 r. do 30.04.2025 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

#### **IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy;
10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, w Klinice Chorób Oczu, w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, w Klinice Medycyny Ratunkowej, w Klinice Psychiatrii, w Klinice Rehabilitacji, w Zespole Sal Operacyjnych, w Zespole Poradni Specjalistycznych, w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynności Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięętego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty. Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.**

.....  
podpis Oferenta

#### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o działalności leczniczej oraz ustawą o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c RODO.

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne

.....

Data i czytelny podpis Oferenta