

numer postępowania: **NHR.2024.120.24**

### **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy 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

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

**ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej przez lekarzy specjalistów w ramach Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.**

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

1.1. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 90 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne, a także w formie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego), oraz wykonywanie badań i zabiegów specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 150 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne, a także w formie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego), oraz wykonywanie badań i zabiegów specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.3. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 150 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego) oraz wykonywanie badań specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.4. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 90 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach **od 13:00**

**do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego) oraz wykonywanie badań specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.5. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 120 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego) oraz wykonywanie badań specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.6. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 50 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego) oraz wykonywanie badań specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.7. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **3 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 60 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego) oraz wykonywanie badań specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.8. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **6 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 80 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego) oraz wykonywanie badań specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.9. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **7 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 100 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego) oraz wykonywanie badań specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarsza w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

**Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.**

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęci **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2 letnie doświadczenie zawodowe w oddziale intensywnej terapii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgnarskich.

Przewidywana liczba godzin udzielania świadczeń Przyjmującego zamówienie **do 216 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę** zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

**Wymagania konieczne dla Oferentów zainteresowanych świadczeniem usług:**

- a) W konkursie ofert w myśl art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zamówienie może być udzielone podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych (przyjmujący zamówienie),
- b) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- c) Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1, 2, 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- d) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń,
- e) Osoby udzielające świadczeń w imieniu Oferenta lub sam Oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) nie pozostają w stosunku pracy z Udzielającym zamówienie i Oferent zobowiąże się do utrzymania takiego stanu w trakcie trwania umowy, zawartej w wyniku niniejszego konkursu, w zakresie świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyłonienia oferty oferenta związanego stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuje się do rozwiązania umowy o pracę z dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne.

**Do konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w przepisach szczególnych oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu (dalej SWK). W sprawach nieuregulowanych w SWK stosuje się obowiązujące przepisy prawa.**

**WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z SWK, w formie maszynopisu lub wydruku i dołączyć od niej wymagane załączniki (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czerpanym piórem).
2. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Tekst tłumaczenia wraz z dokumentem oryginalnym należy dołączyć do oferty.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w ofercie powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Formularz ofertowy należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferent nie może dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.
6. Do formularza oferty należy dołączyć wszelkie wymagane w SWK dokumenty.
7. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – konieczne jest jego poświadczenie „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.
8. Udzielający zamówienia może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy

przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.

9. Kompletna oferta powinna składać się z:
  - 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1 lub Załącznik nr 2 lub Załącznik nr 3.
  - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z Załącznikiem nr 1 lub z Załącznikiem nr 2 lub z Załącznikiem nr 3).
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, będą odrzucane, jeżeli wpłyną do kancelarii szpitala po terminie zakreślonym do ich złożenia.
11. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w jednym, wybranym przez siebie zakresie. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
12. Propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
13. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

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

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

**w dniach od 09.04.2024 r. do 16.04.2024 r. do godz. 10:30**

**(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 16.04.2024 r. godz. 11:00 ”***
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 zakreślonego 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 16.04.2024 r. o godz. 11:00 w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 18.04.2024 r. do godz. 15:00.

### POSTĘPOWANIE KONKURSOWE

1. Otwarcie ofert nastąpi w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu oraz w SWK.
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w jawnej części konkursu.
3. Komisja konkursowa:
  - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert;
  - 2) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana;
  - 3) jeżeli oferta dotyczy określonej części/zakresu (określonych świadczeń), na które oferent złoży swoją aplikację, Komisja konkursowa również o tym informuje;
  - 4) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w SWK;
  - 5) odrzuca oferty nieodpowiadające wymogom określonym w SWK lub złożone po terminie;
  - 6) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w SWK, a które zostały odrzucone;
  - 7) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów;
  - 8) komisja konkursowa wzywa Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni od daty otwarcia ofert pod rygorem odrzucenia oferty;
  - 9) wybiera najkorzystniejsze oferty.
4. Czynności, o których mowa ust. 3 pkt. 4, 5 i 9 komisja konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
5. W trybie przewidzianym w ust. 3 pkt. 8 nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

### KRYTERIA OCENY OFERT

1. Podstawą oceny ofert złożonych przez Oferentów, będą następujące kryteria:
  - stawka za udzielanie świadczeń: 100 %

stawka minimalna

-----x waga kryterium = punktacja

stawka oferty badanej

Stawka minimalna najmniejsza deklarowana stawka spośród wszystkich ofert.

*Przyjmuje się, że 1%=1 pkt. i tak zostanie przeliczona liczba punktów.*

2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie postępowanie ulega unieważnieniu w tym zakresie.
3. W przypadku, gdy kilku oferentów uzyska jednakową ilość punktów, pod uwagę będą brane:
  - dodatkowe staż i doświadczenie  
każdy dodatkowy rok stażu = 0,01 pkt.;
  - dodatkowe kursy lub specjalizacja  
każdy dodatkowy kurs lub specjalizacja = 0,05 pkt.

## ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

1. Komisja konkursowa dokonując wyboru kieruje się przedstawionymi powyżej kryteriami oceny ofert.
2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty złożonej w danym zakresie przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w tym zakresie.
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi Szpitala) protokół z przebiegu konkursu.
4. Komisja konkursowa powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko świadczeniodawcy, który został wybrany. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
5. Odrzuca się ofertę:
  - 1) złożoną przez oferenta po terminie;
  - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
  - 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
  - 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.
  - 8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

## TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.

## 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 30.04.2029 r. oraz w zakresie nr 2 od dnia 01.05.2024 r. do dnia 30.04.2029 r.**

## UNIEWAŻNIENIE KONKURSU

1. Unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, następuje gdy:

- 1) nie wpłynęła żadna oferta;
  - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
  - 3) odrzucono wszystkie oferty;
  - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienie przeznaczył na finansowanie w danym postępowaniu;
  - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

### **PRAWO OFERENTÓW DO ODWOŁAŃ**

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - 1) wybór trybu postępowania,
  - 2) niedokonanie wyboru Oferenta,
  - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

**ZATWIERDZAM**

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 udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,
  - 3) ..... PLN za 1 godzinę udzielanie 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, wszczępienie filtru do vci,
- l) ..... PLN za 1 embolizację obwodową lub inny zabieg pozaczaszkowy,
- m) ..... PLN za 1 chemioembolizację,
- n) ..... PLN za 1 wszczępienie 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 30.04.2029 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 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 nakazują 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 obligatoryjne 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 30.04.2029 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 Wieków 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 obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniara w Klinice Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii - Zakres 2

**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:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.05.2024 r. do dnia 30.04.2029 r.**

**IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY – KONTRAKT INDYWIDUALNY:**

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 wystawione przez lekarza medycyny pracy 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.

**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

