

numer postępowania: **NHR.2025.120.1**

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 neurochirurgii przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85143000-3, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej,**
- **Poradnia Neurochirurgiczna.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurochirurgii,
- stopień naukowy doktor nauk medycznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w klinice, konsultacje medyczne oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze w godz. od 7:25 do godz. 15:00 **do 160 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, a także gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

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

- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- udokumentowany zdany egzamin specjalizacyjny w zakresie/dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00, dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespole mobilnym ECMO według potrzeb Udzielającego zamówienia.

ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej i urologii dziecięcej przez lekarza specjalistę w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85143000-3, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:.

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży.**
- **Poradnia Chirurgii Dziecięcej.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie urologii dziecięcej,
- udokumentowane doświadczenie w zakresie samodzielnego wykonywania zabiegów operacyjnych w zakresie układu moczowego dzieci dotyczących plastyki połączenia miedniczkowo-moczowodowego, resekcji guzów nerek typu NSS, operacji spodziectwa.
- certyfikat odbycia kursu z doskonalenia technik operacyjnych laparoskopowych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze w godz. od 7:25 do godz. 15:00 **do 160 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie otorynolaryngologii, audiologii i foniatrii przez lekarza specjalistę w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii.

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:.

- **Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie otorynolaryngologii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie audiologii i foniatrii,
- udokumentowane minimum 2 letnie doświadczenie w diagnostyce otoneurologicznej,
- udokumentowane doświadczenie zabiegowe w zakresie onkologii laryngologicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godz. od 7:25 do godz. 14:00 **do 130 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej przez lekarza w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej.

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

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii ogólnej lub
- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie chirurgii ogólnej lub
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie urologii lub
- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie urologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych formie dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Psychiatrii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85143000-3, 85121200-5.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Psychiatrii,**
- **Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie psychiatrii,
- udokumentowany minimum 15 letni staż pracy.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w klinice oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych poradni w dni robocze od godz. 9:20 do godz. 15:00 **do 100 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychoterapeutę w ramach Kliniki Psychiatrii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121271-3.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii.**

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

- tytuł magistra psychologii,
- certyfikat psychoterapeuty dzieci i młodzieży,
- udokumentowane minimum 5 letnie doświadczenie kliniczne w pracy z dziećmi i młodzieżą,
- udokumentowane doświadczenie w prowadzeniu psychoterapii grupowej dzieci i młodzieży.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług medycznych w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży. Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **80 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z harmonogramem pracy.

ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/rza 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 przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja z zakresu/dziedziny pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,
- udokumentowany aktualny kurs krwiodawstwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **240 godzin** miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 9 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/rzy w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych.

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **2 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane doświadczenie zawodowe w oddziale szpitalnym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **120 godzin** miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

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 oraz Kodeksu cywilnego.

- 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 rozwiązywania 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 czytelnym pismem).
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 nr 2, lub nr 3, lub nr 4, lub nr 5, lub nr 6, lub nr 7, lub nr 8, lub nr 9.
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z Załącznikiem nr 1, lub nr 2, lub nr 3, lub nr 4, lub nr 5, lub nr 6, lub nr 7, lub nr 8, lub nr 9).
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 09.01.2025 r. do 15.01.2025 r. do godz. 11:00

(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.2025.120.1 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia nie otwierać przed 15.01.2025 r. godz. 11:30”
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.2025.120.1 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 WYJAŚNIENÍ 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 15.01.2025 r. o godz. 11:30 w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 21.01.2025 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 3 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 OFERTA

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 w formie elektronicznej zgodnie ze standardem określonym w art. 14 ustawy z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej, o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowa na świadczenie usług zawarta zostanie **w zakresie nr 1 od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.12.2025 r., zakresie nr 2 od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2027 r., zakresie nr 3 od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.12.2028 r., zakresie nr 4 od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2030 r., zakresie nr 5 od dnia 15.02.2025 r. do dnia 31.12.2026 r., zakresie nr 6 od dnia 01.02.2025 r. do dnia 30.06.2025 r., zakresie nr 7 od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2030 r., zakresie nr 8 od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2030 r. oraz w zakresie nr 9 od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2030 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

p.o. Dyrektor ds. Lecznictwa
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
dr hab. n. med. Beata Sulikowska prof. UMK
[Dokument podpisany elektronicznie]

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej – Zakres 1

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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 w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze, w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych z wezwania z tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta,

..... PLN za 1 poradę neurochirurgiczną udzieloną w poradni,

.....% procentowy udział (prowizja).

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.12.2025 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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
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 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 anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii – Zakres 2

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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 w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole mobilnym ECMO.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2027 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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
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 być przechowywane dane osobowe.
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 chirurgii dziecięcej i urologii dziecięcej przez lekarza specjalistę w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży – Zakres 3

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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 w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.12.2028 r.**
Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięststw 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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 Rozwojowych, 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
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 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 otorynolaryngologii, audiologii i foniatrii przez lekarza specjalistę w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii – Zakres 4

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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 w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji tzw. konsylium onkologicznego.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2030 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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
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 chirurgii ogólnej przez lekarza w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej – Zakres 5

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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 w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 15.02.2025 r. do dnia 31.12.2026 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przystępstw 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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
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 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 psychiatrii przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki
Psychiatrii – Zakres 6

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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 klinice i poradni w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,
 - 2) PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,
 - 3) PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem,
 - 4) % stawki określonej w pkt 2) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze, a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 2),
 - 5) % stawki określonej w pkt 3) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedziele i święta a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 3).

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.02.2025 r. do dnia 30.06.2025 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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
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 być przechowywane dane osobowe.

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 przez psychoterapeutę w ramach Kliniki Psychiatrii – Zakres 7

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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:

.....% procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego w procedurach wykonanych osobiście w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2030 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepływów 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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 Rozwojowych, 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
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 obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/rza w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii
– Zakres 8

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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,

..... PLN za udział w zespole znieczuleniowym przy pobraniu narządu/ów,

..... PLN za udział w zespole znieczuleniowym przy przeszczepieniu wątroby,

..... PLN za udział w zespole znieczuleniowym przy przeszczepieniu nerki,

..... PLN za przygotowanie sali gdy nie dojdzie do przeszczepu,

..... PLN za 1 godzinę opieki nad pacjentem po przeszczepie wątroby tylko za pierwsze 3 doby,

..... % stawki godz. za zabiegi planowane po godz. 15:00 (LUO, LCN) poza swoim dyżurem,

.....% stawki godz. za zabiegi planowane po godz. 15:00 (LUO, LCN) w trakcie dyżuru,

.....% stawki godz. za zabiegi po godz. 15:00 przedłużające się,

..... PLN dodatek za 1 godzinę udzielania świadczeń - kliniki anestezyjologiczne.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2030 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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 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
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 pielęgniarki/rzy w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych – Zakres 9

I. DANE O OFERENCIE:

FIRMA		
Imię i nazwisko		
ADRES DZIAŁALNOŚCI	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		
Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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 01.02.2025 r. do dnia 31.01.2030 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) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

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 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,
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 Klinice Chirurgii Dziecięcej, 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 Rozwojowych, 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
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