

nr postępowania: **NHR.2025.120.19**

05.06.2025 r.

**DYREKTOR**

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

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

**Informuję o modyfikacji Ogłoszenia oraz Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w postępowaniu konkursowym nr NHR.2025.120.19**

*W Ogłoszeniu Konkursu Ofert dotyczącego postępowania konkursowego nr NHR.2025.120.19, wprowadza się następujące zmiany:*

„Oferty należy składać w biurze podawczym szpitala na formularzach ofertowych udostępnionych przez Udzielającego zamówienia do dnia **09.06.2025 r.** do godz. **10:00** w zaklejonych kopertach, podpisanych imieniem, nazwiskiem, adresem oraz numerem telefonu oferenta oznaczonych napisem:

**Konkurs ofert nr NHR.2025.120.19 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... ogłoszenia  
nie otwierać przed 09.06.2025 r. godz. 10:30.**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **09.06.2025 r.** o godz. **10:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia, rozstrzygnięcie nastąpi do dnia **16.06.2025 r.** do godz. **15:00.**”

*W Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dotyczących postępowania nr NHR.2025.120.19, wprowadza się następujące zmiany:*

**ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Kardiochirurgii oraz w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

**4.1. Miejscem udzielania świadczeń jest:**

- Klinika Kardiochirurgii,
- Poradnia Kardiochirurgiczna,
- I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **5 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiochirurgii,
- udokumentowane minimum 5 letnie doświadczenie w pracy na oddziale kardiochirurgicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze do **200 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** w godzinach między **7:25 a 20:00**, a także w ramach dyżurów medycznych oraz tzw. „dyżurów lekarskich pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**4.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

- Klinika Kardiochirurgii,
- Poradnia Kardiochirurgiczna,
- I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiochirurgii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do **160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** w godzinach **od 7:25 do 20:00**, zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

#### 4.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- Klinika Kardiochirurgii,
- Poradnia Kardiochirurgiczna
- I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowany kurs echokardiografii przezprętkowej,
- udokumentowane minimum 3 letnie doświadczenie w wykonywaniu badań echokardiograficznych,
- udokumentowane minimum 6 letnie doświadczenie w pracy na oddziale o profilu kardiologicznym

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze, soboty, niedziele i święta do **200 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę** w godzinach **od 7:25 do 20:00** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

#### 4.4 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- Klinika Kardiochirurgii,
- Poradnia Kardiochirurgiczna,
- I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiochirurgii,
- udokumentowane minimum 5 letnie doświadczenie w pracy na oddziale kardiochirurgicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze do **200 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** w godzinach między **7:25 a 20:00**, a także w ramach dyżurów medycznych oraz tzw. „dyżurów lekarskich pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie zdalnych konsultacji medycznych z zakresu kardiochirurgii wg potrzeb Udzielającego zamówienia.

#### 4.5 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- Klinika Kardiochirurgii,
- Poradnia Kardiochirurgiczna,
- I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowany kurs echokardiografii przezprętkowej,
- udokumentowane minimum 3 letnie doświadczenie w wykonywaniu badań echokardiograficznych,
- udokumentowane minimum 6 letnie doświadczenie w pracy na oddziale o profilu kardiologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze, soboty, niedziele i święta do **80 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** w godzinach **od 7:25 do 20:00** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

#### 4.6 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- Klinika Kardiologii,
- Poradnia Kardiologiczna
- I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardiologii.

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowany kurs echokardiografii przezprętkowej,
- udokumentowane minimum 3 letnie doświadczenie w wykonywaniu badań echokardiograficznych,
- udokumentowane minimum 6 letnie doświadczenie w pracy na oddziale o profilu kardiologicznym

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze, soboty, niedziele i święta do **200 godzin miesięcznie/ przez 1 osobę** w godzinach **od 7:25 do 20:00** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie zdalnych konsultacji medycznych z zakresu kardiologii wg potrzeb Udzielającego zamówienia.

### **WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY**

#### 1. Kompletna oferta powinna składać się z:

- 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1 lub Załącznik nr 2 lub Załącznik nr 3 lub Załącznik nr 4 lub Załącznik nr 5 lub Załącznik nr 6 lub Załącznik nr 7 lub Załącznik nr 8 lub Załącznik nr 9 lub Załącznik nr 10 lub Załącznik nr 11 lub Załącznik nr 12 lub Załącznik nr 13 lub Załącznik nr 14 lub Załącznik nr 15 lub Załącznik nr 16.
- 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z Załącznikiem nr 1 lub Załącznikiem nr 2 lub Załącznikiem nr 3 lub Załącznikiem nr 4 lub Załącznikiem nr 5 lub Załącznikiem nr 6 lub Załącznikiem nr 7 lub Załącznikiem nr 8 lub Załącznikiem nr 9 lub Załącznikiem nr 10 lub Załącznikiem nr 11 lub Załącznikiem nr 12 lub Załącznikiem nr 13 lub Załącznikiem nr 14 lub Załącznikiem nr 15 lub Załącznikiem nr 16).

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

#### 1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

**w dniach od 23.05.2025 r. do 09.06.2025 r. do godz. 10:00**

**(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.2025.120.19 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .... ogłoszenia nie otwierać przed 09.06.2025 r. godz. 10:30”**

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

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 09.06.2025 r. o godz. 10:30** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.

2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 16.06.2025 r. do godz. 15:00.

**PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

6. Umowa na świadczenie usług zawarta zostanie w zakresie nr 1 od dnia 01.07.2025 r. do dnia 30.06.2026 r, w zakresach 2, 4, 6.6., 7, 8 od dnia 01.07.2025 r. do dnia 30.06.2028 r., w zakresie nr 3, 5, 6.1., 6.2., 6.3., 6.4., 6.5. od dnia 01.07.2025 r. do dnia 30.06.2027 r.

*Zmieniono formularze ofertowe do SWKO w sposób przedstawiony poniżej:*

DYREKTOR

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

*dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś*

[Dokument podpisany elektronicznie]

**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       |  |
|                                                                                        | Pocztą             |  |
|                                                                                        | Miejscowość        |  |
|                                                                                        | Ulica              |  |
|                                                                                        | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>REGON</b>                                                                           |                    |  |
| <b>NIP</b>                                                                             |                    |  |
| <b>Telefon</b>                                                                         |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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.
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 przyłózkowe,
- h) ..... PLN za 1 opis zdjęcia RTG,
- i) ..... PLN za 1 badanie kontrastowe RTG,
- j) ..... PLN za 1 angiografię DSA,
- k) ..... PLN za 1 angioplastykę, wszczepienie filtru do vci,
- l) ..... PLN za 1 embolizację obwodową lub inny zabieg pozaczaszkowy,
- m) ..... PLN za 1 chemioembolizację,
- n) ..... PLN za 1 wszczepienie stentgraftu, TAVI, TIPS ,
- o) ..... PLN za 1 embolizację do 3 spiral,
- p) ..... PLN za 1 embolizację 4-6 spiral,
- q) ..... PLN za 1 embolizację powyżej 6 spiral,
- r) ..... PLN za 1 embolizację z remodelingiem,
- s) ..... PLN za 1 inny zabieg wewnątrczaszkowy,
- 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 wewnątrczaszkowego z tętniaka lub innej malformacji wewnątrczaszkowej,
- b) ..... PLN leczenie kolejnego krwawienia wewnątrczaszkowego z tętniaka lub innej malformacji wewnątrczaszkowej 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 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.

**1. Proponowany czas trwania umowy: od 01.07.2025 r. do 30.06.2026 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 pieczęcią 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 być 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 1.3/1.4/1.5/1.6/1.7/1.8/1.9/1.10\*.**

**\*-właściwe zakreślić**

**I. DANE O OFERENCIE:**

|                                                                                        |                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| <b>FIRMA</b>                                                                           |                    |  |
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                 |                    |  |
| <b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>                                                              | Kod pocztowy       |  |
|                                                                                        | Pocztą             |  |
|                                                                                        | Miejscowość        |  |
|                                                                                        | Ulica              |  |
|                                                                                        | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>REGON</b>                                                                           |                    |  |
| <b>NIP</b>                                                                             |                    |  |
| <b>Telefon</b>                                                                         |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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.
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,
- u) ..... PLN za 1 badanie USG piersi
- f) ..... PLN za 1 badanie USG przyłózkowe,
- g) ..... PLN za 1 opis zdjęcia RTG,
- h) ..... PLN za 1 badanie kontrastowe RTG.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2026 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](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 lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii  
i Onkologii – Zakres 2.1./ 2.2./ 2.3./2.4. \*

\*-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>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem w klinice i poradni,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w soboty, niedziele i święta,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedziele i święta,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń w formie konsultacji medycznych w ramach tzw. „Pakietu Onkologicznego”.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2028 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).

**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](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 lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii – Zakres 2.5**

**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>                                                                         |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 jedną poradę ambulatoryjną w Poradni

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2028 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 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 pieczęcią 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 w zakresie chirurgii dziecięcej przez lekarzy specjalistów w ramach  
Kliniki Chirurgii Dziecięcej.- Zakres 3**

**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>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 klinice i ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

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

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

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

..... PLN za 1 godzinę 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 01.07.2025 r. do 30.06.2027 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).

**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 pieczętką imienną.**

.....  
podpis Oferenta

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

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

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

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

## OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Kardiochirurgii oraz  
w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardiointensywologii.

– Zakres 4.1., 4.4.\*

\*-właściwe zakreślić

## I. DANE O OFERENCIE:

|                                                                                                |                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| <b>FIRMA</b>                                                                                   |                    |  |
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                         |                    |  |
| <b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>                                                                      | Kod pocztowy       |  |
|                                                                                                | Pocztą             |  |
|                                                                                                | Miejscowość        |  |
|                                                                                                | Ulica              |  |
|                                                                                                | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>REGON</b>                                                                                   |                    |  |
| <b>NIP</b>                                                                                     |                    |  |
| <b>Telefon</b>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

## 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 w klinice i poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,  
..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,

przyznawane uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w danym miesiącu rozliczeniowym, tzw. „provizji” z kwoty stanowiącej ..... % sumy:

- a. w wartości sprawozdanego i przyjętego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w:
- **Klinice Kardiologii** w zakresach:
    - OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRAŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **770 150,68 pkt.**,
    - OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRAŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO Z IZW – limit za 6 miesięcy: **89 436,67 pkt.**,
    - PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA - HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **844 681,34 pkt.**,
    - KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA – limit za 6 miesięcy: **4 819 653,32 pkt.**,
    - PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA – HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **142 175,00 pkt.**,

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy rocznych limitów świadczeń w Klinice.

Wartość jednego punktu wynosi: **1,84 PLN**

- b. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:
- **Klinice Kardiologii** w zakresach:
    - KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE OSTREGO ZAWAŁU SERCA,
  - **Poradni Kardiologicznej** w zakresach:
    - ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń.

- c. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:
- **Klinice Kardiologii** w zakresach:
    - OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRAŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH W LECZENIU SZPITALNYM – limit za 6 miesięcy: **2 419 630,20 PLN**,
    - PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA W LECZENIU SZPITALNYM - limit za 6 miesięcy: **4 645 817,52 PLN**,
    - KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q01 - limit za 6 miesięcy: **44 483,04 PLN**,
    - PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA W LECZENIU SZPITALNYM: limit za 6 miesięcy: **1 414 983,72 PLN**.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, do wysokości limitów rocznych.

- d. w kwotach zapłaconych przez pacjentów w danym miesiącu (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) za świadczenia wykonane we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

W przypadku rozliczenia pacjentów wnioskiem indywidualnym u których wykonano endowaskularne zaopatrzenie tętniaka podstawa prowizji nie uwzględnia kosztów stentgraftu branchowanego lub fenestrowanego.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.07.2025 r. do dnia 30.06.2028 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepaństw 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](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

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Kardiochirurgii oraz  
w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.**

**– Zakres 4.2**

**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>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 w klinice i poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

przyznawane uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w danym miesiącu rozliczeniowym, tzw. „prowizji” z kwoty stanowiącej ..... % sumy:

- e. w wartości sprawozdanego i przyjętego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w:

- **Klinice Kardiologii** w zakresach:

- OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRAŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **770 150,68 pkt.**,
- OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRAŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO Z IZW – limit za 6 miesięcy: **89 436,67 pkt.**,
- PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA - HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **844 681,34 pkt.**,
- KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA – limit za 6 miesięcy: **4 819 653,32 pkt.**,
- PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA – HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **142 175,00 pkt.**,

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy rocznych limitów świadczeń w Klinice.

Wartość jednego punktu wynosi: **1,84 PLN**

- f. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:

- **Klinice Kardiologii** w zakresach:

- KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE OSTREGO ZAWAŁU SERCA,

- **Poradni Kardiologicznej** w zakresach:

- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOCHIRURGII.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń.

- g. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:

- **Klinice Kardiologii** w zakresach:

- OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRAŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH W LECZENIU SZPITALNYM – limit za 6 miesięcy: **2 419 630,20 PLN**,
- PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA W LECZENIU SZPITALNYM - limit za 6 miesięcy: **4 645 817,52 PLN**,
- KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q01 - limit za 6 miesięcy: **44 483,04 PLN**,
- PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA W LECZENIU SZPITALNYM: limit za 6 miesięcy: **1 414 983,72 PLN**.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia prowizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, do wysokości limitów rocznych.

- h. w kwotach zapłaconych przez pacjentów w danym miesiącu (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) za świadczenia wykonane we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

W przypadku rozliczenia pacjentów wnioskiem indywidualnym u których wykonano endowaskularne zaopatrzenie tętniaka podstawa prowizji nie uwzględnia kosztów stentgraftu branchowanego lub fenestrowanego.

**2. Proponowany czas trwania umowy: od dnia 01.07.2025 r. do dnia 30.06.2028 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](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

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Kardiochirurgii oraz  
w I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii.  
- Zakres 4.3, 4.5, 4.6\*

\*-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>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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, soboty, niedziele i święta w klinice i poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

przyznawane uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w danym miesiącu rozliczeniowym, tzw. „provizji” z kwoty stanowiącej ..... % sumy:

- i. w wartości sprawozdanego i przyjętego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w:

• **Klinice Kardiologii** w zakresach:

- OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **770 150,68 pkt.,**
- OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH-HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO Z IZW – limit za 6 miesięcy: **89 436,67 pkt.,**
- PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA - HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **844 681,34 pkt.,**
- KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA – limit za 6 miesięcy: **4 819 653,32 pkt.,**
- PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA – HOSPITALIZACJA DO ŚWIADCZENIA – limit za 6 miesięcy: **142 175,00 pkt.,**

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia provizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, do wysokości sumy rocznych limitów świadczeń w Klinice.

Wartość jednego punktu wynosi: **1,84 PLN**

- j. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:

• **Klinice Kardiologii** w zakresach:

- KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - LECZENIE OSTREGO ZAWAŁU SERCA,

• **Poradni Kardiologicznej** w zakresach:

- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOCHIRURGII.

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia provizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń.

- k. w wartości zapłaconej w danym miesiącu sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w:

• **Klinice Kardiologii** w zakresach:

- OPERACJE WAD SERCA I AORTY PIERSIOWEJ W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM U DOROSŁYCH W LECZENIU SZPITALNYM – limit za 6 miesięcy: **2 419 630,20 PLN,**
- PRZEZSKÓRNE LUB Z INNEGO DOSTĘPU WSZCZEPIANIE ZASTAWEK SERCA W LECZENIU SZPITALNYM - limit za 6 miesięcy: **4 645 817,52 PLN,**
- KARDIOCHIRURGIA - HOSPITALIZACJA - Q01 - limit za 6 miesięcy: **44 483,04 PLN,**
- PRZECZEWNIKOWA NIEOPERACYJNA NAPRAWA ZASTAWEK SERCA U CHORYCH WYSOKIEGO RYZYKA W LECZENIU SZPITALNYM: limit za 6 miesięcy: **1 414 983,72 PLN.**

Świadczenia wykonane w powyższych zakresach stanowić będą podstawę do naliczenia provizji, w trakcie trwania umowy z płatnikiem publicznym, oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, do wysokości limitów rocznych.

- l. w kwotach zapłaconych przez pacjentów w danym miesiącu (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) za świadczenia wykonane we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

W przypadku rozliczenia pacjentów wnioskiem indywidualnym u których wykonano endowaskularne zaopatrzenie tętniaka podstawa provizji nie uwzględnia kosztów stentgraftu branchowanego lub fenestrowanego.

**3. Proponowany czas trwania umowy: od dnia 01.07.2025 r. do dnia 30.06.2028 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 pieczęcią 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 lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii - Zakres 5.1**

**I. DANE O OFERENCIE:**

|                                                                                                |                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| <b>FIRMA</b>                                                                                   |                    |  |
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                         |                    |  |
| <b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>                                                                      | Kod pocztowy       |  |
|                                                                                                | Pocztą             |  |
|                                                                                                | Miejscowość        |  |
|                                                                                                | Ulica              |  |
|                                                                                                | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>REGON</b>                                                                                   |                    |  |
| <b>NIP</b>                                                                                     |                    |  |
| <b>Telefon</b>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 dni robocze zgodnie z harmonogramem,



- 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) ..... % stawki określonej w pkt 2) za gotowość do udzielania 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 gotowość do udzielania 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 01.07.2025 r. do 30.06.2027 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).

#### **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](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 lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii - Zakres 5.2/5.3/5.4/5.5\***

\*-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>                                                                         |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 dni robocze zgodnie z harmonogramem,
- 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) ..... % stawki określonej w pkt 2) za gotowość do udzielania 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 gotowość do udzielania 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),
- 6) Prowizja przyznawana uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w poszczególnych kwartałach roku w przypadku, gdy kwartałny zysk z działalności Kliniki liczony narastająco od początku obowiązywania umowy będzie wyższy od średniego kwartałnego zysku z działalności Kliniki w roku 2024 (tzw. „prowizja”),
- 7) Wynagrodzenie, o którym mowa z pkt 6) przyznawane jest w ramach łącznej sumy prowizji (Y) po upływie n-tego kwartału wg wzoru:

$$Y_{(n)} = [(Z - P \cdot n) \cdot 0,3] - y_{(n-1)}$$

$Y_{(n)}$  – łączna wartość prowizji stanowiąca podstawę do wypłaty uznaniowo przez Kierownika Kliniki  
 $Z$  – zysk liczony narastająco wypracowany przez Klinikę Chirurgii Naczyniowej i Angiologii od początku obowiązywania umowy, rozumiany jako różnica pomiędzy przychodami z uwzględnieniem świadczeń nadwykonanych (łącznie z ryczałtem) a kosztami całkowitymi Kliniki

$P$  – średni kwartałny zysk wypracowany przez Klinikę Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w roku 2024

$n$  – liczba kwartałów od początku obowiązywania umowy

$y_{(n-1)}$  – suma wypłaconych kwot prowizji za poprzednie kwartały od początku obowiązywania umowy

## 2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2027 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).

## **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 pieczęcią 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 być 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**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Urologii Ogólnej  
i Onkologicznej.  
- Zakres 6.1/6.2/6.3\***

\*-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>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 dni robocze w klinice zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
  - 2) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,
  - 3) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,
  - 4) ..... PLN za 1 godzinę udzielania 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) ..... PLN za 1 godzinę udzielania 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),
- 6) ..... % wartości świadczeń zdrowotnych w poradni i pracowni,
- 7) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji tzw. konsylium onkologicznego,
- 8) Prowizja przyznawana uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w poszczególnych okresach w przypadku, gdy zysk z 12 kolejnych miesięcy z działalności Kliniki liczony od początku obowiązywania umowy będzie wyższy od zysku z działalności Kliniki w roku 2024 (tzw. „prowizja”),
- 9) Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt 8) przyznawane jest w ramach łącznej sumy prowizji (Y) wg wzoru:  
W przypadku uzyskania w kolejnych 12 miesiącach obowiązywania umowy zysku przewyższającego zysk roczny w roku 2024:

$$Y = (Z - P) * 0,75$$

Y – łączna wartość prowizji stanowiąca podstawę do wypłaty uznaniowo przez Kierownika Kliniki

Z – zysk wypracowany przez Klinikę Urologii Ogólnej i Onkologicznej w kolejnych 12 miesiącach, których dotyczy naliczenie od początku obowiązywania umowy rozumiany jako różnica pomiędzy przychodami (łącznie ze świadczeniami nieopłaconymi) a kosztami całkowitymi Kliniki

P – roczny zysk wypracowany przez Klinikę Urologii Ogólnej i Onkologicznej w 2024 roku

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2027 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).

#### **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 Wiek 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**  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Urologii Ogólnej**  
**i Onkologicznej.-**  
**Zakres 6.4.**

**I. DANE O OFERENCIE:**

|                                                                                        |                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| <b>FIRMA</b>                                                                           |                    |  |
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                 |                    |  |
| <b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>                                                              | Kod pocztowy       |  |
|                                                                                        | Pocztą             |  |
|                                                                                        | Miejscowość        |  |
|                                                                                        | Ulica              |  |
|                                                                                        | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>REGON</b>                                                                           |                    |  |
| <b>NIP</b>                                                                             |                    |  |
| <b>Telefon</b>                                                                         |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 dni robocze w klinice zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
- 2) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,
- 3) ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,
- 4) ..... PLN za 1 godzinę udzielania 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) ..... PLN za 1 godzinę udzielania 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),
- 6) ..... % wartości świadczeń zdrowotnych w poradni i pracowni,

- 7) ..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji tzw. konsylium onkologicznego,
- 8) ..... **PLN** za konsultację andrologiczno-seksuologiczną u osób transpłciowych lub u osób ze schorzeniami/wadami męskich narządów płciowych.
- 9) prowizja przyznana uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w poszczególnych okresach w przypadku, gdy zysk z 12 kolejnych miesięcy z działalności Kliniki liczony od początku obowiązywania umowy będzie wyższy od zysku z działalności Kliniki w roku 2024 (tzw. „prowizja”),
- 10) Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt 9) przyznawane jest w ramach łącznej sumy prowizji (Y) wg wzoru:  
W przypadku uzyskania w kolejnych 12 miesiącach obowiązywania umowy zysku przewyższającego zysk roczny w roku 2024:

$$Y = (Z - P) * 0,75$$

Y – łączna wartość prowizji stanowiąca podstawę do wypłaty uznaniowo przez Kierownika Kliniki

Z – zysk wypracowany przez Klinikę Urologii Ogólnej i Onkologicznej w kolejnych 12 miesiącach, których dotyczy naliczenie od początku obowiązywania umowy rozumiany jako różnica pomiędzy przychodami (łącznie ze świadczeniami nieopłaconymi) a kosztami całkowitymi Kliniki

P – roczny zysk wypracowany przez Klinikę Urologii Ogólnej i Onkologicznej w 2024 roku

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2027 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).

#### **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](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**  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Urologii Ogólnej**  
**i Onkologicznej.**  
**- Zakres 6.5.**

**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>                                                                         |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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) ..... % wartości świadczeń zdrowotnych w poradni i pracowni,
  - 2) Prowizja przyznawana uznaniowo przez Kierownika Kliniki poszczególnym lekarzom, związanym z Udzielającym zamówienia umową cywilnoprawną i udzielającym świadczeń w poszczególnych okresach w przypadku, gdy zysk z 12 kolejnych miesięcy z działalności Kliniki liczony od początku obowiązywania umowy będzie wyższy od zysku z działalności Kliniki w roku 2024 (tzw. „prowizja”),
  - 3) Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt 2) przyznawane jest w ramach łącznej sumy prowizji (Y) wg wzoru:

W przypadku uzyskania w kolejnych 12 miesiącach obowiązywania umowy zysku przewyższającego zysk roczny w roku 2024:

$$Y = (Z - P) * 0,75$$

**Y** – łączna wartość prowizji stanowiąca podstawę do wypłaty uznaniowo przez Kierownika Kliniki

**Z** – zysk wypracowany przez Klinikę Urologii Ogólnej i Onkologicznej w kolejnych 12 miesiącach, których dotyczy naliczenie od początku obowiązywania umowy rozumiany jako różnica pomiędzy przychodami (łącznie ze świadczeniami nieopłaconymi) a kosztami całkowitymi Kliniki

**P** – roczny zysk wypracowany przez Klinikę Urologii Ogólnej i Onkologicznej w 2024 roku

2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2027 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).

#### **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](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**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Urologii Ogólnej  
i Onkologicznej.- Zakres 6.6.**

**I. DANE O OFERENCIE:**

|                                                                                                |                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| <b>FIRMA</b>                                                                                   |                    |  |
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                         |                    |  |
| <b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>                                                                      | Kod pocztowy       |  |
|                                                                                                | Pocztą             |  |
|                                                                                                | Miejscowość        |  |
|                                                                                                | Ulica              |  |
|                                                                                                | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>REGON</b>                                                                                   |                    |  |
| <b>NIP</b>                                                                                     |                    |  |
| <b>Telefon</b>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 w klinice oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w poradni oraz w obszarze ambulatorium chemioterapii zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2028 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 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](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**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie kardiologii w Klinice Neurologii – zakres 7**

**I. DANE O OFERENCIE:**

|                                                                                        |                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| <b>FIRMA</b>                                                                           |                    |  |
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                 |                    |  |
| <b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>                                                              | Kod pocztowy       |  |
|                                                                                        | Pocztą             |  |
|                                                                                        | Miejscowość        |  |
|                                                                                        | Ulica              |  |
|                                                                                        | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>REGON</b>                                                                           |                    |  |
| <b>NIP</b>                                                                             |                    |  |
| <b>Telefon</b>                                                                         |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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 interpretację wyników 1 badania Holter EKG.

Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2028 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 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](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**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie mikrobiologii lekarskiej przez lekarzy specjalistów  
w Sekcji Antybiotykoterapii i Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz pozostałych komórkach Organizacyjnych  
Szpitala – zakres 8**

**I. DANE O OFERENCIE:**

|                                                                                                |                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| <b>FIRMA</b>                                                                                   |                    |  |
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                                         |                    |  |
| <b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>                                                                      | Kod pocztowy       |  |
|                                                                                                | Pocztą             |  |
|                                                                                                | Miejscowość        |  |
|                                                                                                | Ulica              |  |
|                                                                                                | Nr domu/mieszkania |  |
| <b>REGON</b>                                                                                   |                    |  |
| <b>NIP</b>                                                                                     |                    |  |
| <b>Telefon</b>                                                                                 |                    |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej<br/>do przekazywania dokumentów<br/>w formie elektronicznej</b> |                    |  |

**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.

Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2025 r. do 30.06.2028 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 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](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