Zakres 2
Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie hepatologii

I. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych zamieszczonym na stronie internetowej www.szpitaljp2.krakow.pl, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń i oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na zasadach w nich określonych.
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych ze szczególną starannością, ocenianą z uwzględnieniem specyfiki zawodu lekarza, a także zasad sztuki lekarskiej, określonych w przepisach szczególnych lub wynikających z praktyki lekarskiej lub tzw. dobrej praktyki medycznej obowiązujących w chwili wykonywania danej czynności.
3. Oświadczam, że zobowiązuję się do przedstawienia Udzielającemu Zamówienia kserokopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (o ile nie została przedłożona wraz z ofertą), orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania czynności określonych w niniejszej umowie oraz certyfikatu ochrony radiologicznej pacjenta (w przypadku stwierdzenia przez inspektora ochrony radiologicznej konieczności posiadania takiego certyfikatu) w terminie najpóźniej 2 tygodni od daty zawarcia umowy.
4. Oświadczam, że Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Oferenta, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne z prawdą.

……..
podpis oferenta

II. KLAUZULA INFORMACYJNA (DANE OSOBOWE)

Przyjmuję do wiadomości, że:

1) moje dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z dnia 4 maja 2016 r.), zwanym dalej RODO,

2) administratorem moich danych osobowych jest Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II z siedzibą w Krakowie, ul. Prądnicka 80, 31-102 Kraków, KRS 0000046052, NIP 6771694570, REGON: 000290073, zwany dalej Szpitalem;

3) Szpital wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpitaljp2.krakow.pl;

4) moje dane osobowe przetwarzane będą:

a) w celu przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych) oraz w celu zawarcia w wyniku rozstrzygnięcia konkursu umowy i jej wykonania (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),

b) w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Szpital, tj. udokumentowania należytego wykonania

umowy przez Szpital, a także rozpatrywania i dochodzenia roszczeń (art. 6 ust. 1 lit. f RODO),

c) w celu wypełnienia ciążących na Szpitalu prawnych obowiązków, w tym obowiązku prowadzenia i archiwizowania dokumentacji (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);

5) odbiorcami moich danych osobowych będą:

a) podmioty, których uprawnienie do dostępu do ww. danych wynika z obowiązujących przepisów, w tym podmioty sprawujące funkcje nadzoru i kontroli nad realizacją zadań przez Szpital;

b) podmioty, którym Szpital powierzy przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartych umów (w tym podmioty serwisujące urządzenia Szpitala, w których przetwarzane są dane osobowe; podmioty dostarczające i utrzymujące oprogramowanie wykorzystywane przy działaniach związanych z przetwarzaniem danych osobowych);

c) firmy kurierskie za pośrednictwem, których prowadzona jest przez Szpital korespondencja,

d) podmioty świadczące usługi doradczo-kontrolne na zlecenie Szpitala (np. firmy audytorskie, certyfikujące);

e) ubezpieczyciele,

f) banki,

g) Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia,

6) moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny od przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu (w tym rozpatrzenia ewentualnych środków odwoławczych), a w przypadku wyboru mojej oferty, także przez okres wykonywania umowy oraz okres, w którym możliwe jest dochodzenie przez strony roszczeń wynikających z zawartej umowy; moje dane osobowe będą również przechowywane przez okres wynikający z obowiązujących Szpital regulacji z zakresu archiwizowania dokumentacji;

7) w granicach określonych przepisami prawa, w tym w szczególności RODO, mam prawo:

a) dostępu do treści moich danych,

b) do sprostowania moich danych,

c) do żądania ograniczenia przetwarzania moich danych,

d) do przenoszenia moich danych,

e) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych,

f) do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jeżeli przetwarzanie danych odbywa się wyłącznie na podstawie mojej zgody, oraz

g) do żądania usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym);

8) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;

9) podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do złożenia oferty w konkursie. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału w konkursie;

10) moje dane nie są wykorzystywane przy zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji oraz nie podlegają profilowaniu;

11) moje dane nie będą przekazywane do państw trzecich (tj. poza Europejski Obszar Gospodarczy) ani udostępniane organizacjom międzynarodowym.

……..

podpis oferenta

III. DANE OFERENTA

1. Dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą (wypełnić właściwe)
   a) podmiot leczniczy (nazwa, siedziba, wpis do właściwego rejestru)
   .....
   .....
   b) praktyka zawodowa, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

   - imię i nazwisko……
   - adres zamieszkania……
   - PESEL……
   - nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu) ……
   - REGON……
   - NIP……
   - nr prawa wykonywania zawodu ……
   - specjalizacja w zakresie.....
   - nr dokumentu specjalizacji .....
   - nr wpisu do rejestru praktyk……
   - OIL.....
   - adres praktyki lekarskiej .....
     .....
   - adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)
     ….....
     .....
   - telefon ……
   - e-mail ……

   c) osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych

   - imię i nazwisko……
   - adres zamieszkania……
   - PESEL……
   - NIP……
   - nr prawa wykonywania zawodu ……
   - specjalizacja w zakresie.....

- adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania)

….....……..…..…..…