

## **Zakres 1**

### **Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu dietetyki**

#### **OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych zamieszczonym na stronie internetowej [www.szpitaljp2.krakow.pl](http://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 dietetyka, a także zasad sztuki, określonych w przepisach szczególnych lub wynikających z praktyki dietetyków 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 w terminie najpóźniej 2 tygodni od daty zawarcia umowy.
4. Oświadczam, że Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Oferenta.
5. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne z prawdą.

.....  
podpis oferenta

#### **I. 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. św. Jana Pawła II z siedzibą w Krakowie, ul. Prądnicka 80, 31-202 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](mailto: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) osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych

- imię i nazwisko.....
- adres zamieszkania.....
- PESEL.....
- NIP.....
- adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania)  
.....
- telefon .....
- e-mail .....

2. Proponowana **kwota brutto** za realizację zamówienia:

..... **zł brutto** za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych  
(słownie złotych :.....).

Oświadczam, że moje doświadczenie w leczeniu pacjentów z jednostkami chorobowymi z zakresu schorzeń metabolicznych, zwłaszcza rzadkich wad metabolicznych oraz/lub diabetologicznych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym wynosi ..... lat i ..... miesięcy.

**ZAŁĄCZNIKI <sup>1</sup>:**

- 1) potwierdzenie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (np. wydruk z KRS, wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) – zał. nr 1,
- 2) kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje: zaświadczenia, dyplomy, np.: dyplom ukończenia studiów – zał. 2a, 2b itd.;  
W przypadku podmiotów leczniczych nie będących osobą fizyczną ponadto: indywidualne wstępne zgody wykonawców na udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie realizacji umowy, oświadczenia wykonawców o doświadczeniu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym (wskazanie liczby lat i miesięcy doświadczenia), pełnomocnictwo w przypadku gdy w imieniu oferenta działa pełnomocnik.
- 3) kopia polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie o przedstawieniu polisy na okres obowiązywania umowy w terminie najpóźniej 2 tygodni od daty zawarcia umowy – zał. nr 3.

.....  
podpis oferenta

<sup>1</sup> Osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji składa załączniki nr 2 i 3.