

SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony
im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok

PK 26/2025

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne
z podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych
kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych

w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w zakresie:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 15:05 z funkcją lekarza kierującego oddziałem na rzecz pacjentów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Ogólnoustrojowej**
- 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 15:05 w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.**

Kod CPV: 85121100-4 (ogólne usługi lekarskie)

Podstawa prawna:

- art. 26, 26a i 27 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011, z późniejszymi zmianami, oraz
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z późniejszymi zmianami.

I. Udzielający zamówienia:

SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej -Curie 26, 15-950 Białystok, tel. 85 7488 100 (centrala).

II. Przedmiot zamówienia:

1. 1. z płatnikiem systemowym oraz podmiotami, z którymi Udzielający zamówienia zawarł umowy w ramach leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych **w szczególności w dziedzinie rehabilitacji medycznej**, z nieodpłatnym wykorzystaniem infrastruktury niezbędnej do realizacji umowy, stanowiącej własność Udzielającego zamówienia (kwalifikacje osób udzielających świadczeń muszą być zgodne z aktualnymi na dzień składania oferty wymogami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna).
2. W zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym obowiązują przepisy wewnętrzne Udzielającego zamówienia, w szczególności Statut, Regulamin organizacyjny, zarządzenia wewnętrzne i inne przepisy regulujące udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego.

III. Okres obowiązywania umów:

- Umowy zostaną zawarte na okres: **01.08.2025 do 31.08.2027 r.**

- Planowane zawarcie umów na łącznie **320 godzin miesięcznie**.

IV. Konkurs ofert ogłoszono:

- na tablicy ogłoszeń Udzielającego zamówienia
- na stronie internetowej Szpitala: www.sniadecja.pl

V. Proponowana kwota należności

Proponowaną kwotę należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert należy uzupełnić w załączniku nr 2 Formularz ofertowy.

Komisja dopuszcza możliwość prowadzenia negocjacji.

VI. Warunki konkursu ofert

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, Oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik Nr 1 i 2,
 - 2) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert, stanowiące Załącznik Nr 3, 3a, 3b,
 - 3) kopię polisy ubezpieczenia OC z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia takiej umowy i dostarczenia jej kopii przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia w przypadku wyboru oferty lub Załącznik nr 3c,
 - 4) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - kopię dyplomu potwierdzającego ukończenie szkoły wyższej,
 - kopię wszystkich wypełnionych stron aktualnego prawa wykonywania zawodu,
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, kursy itp.):
 - dyplom specjalisty w danej dziedzinie lub karta szkolenia specjalizacyjnego.
 - 5) kopię dokumentów z właściwego samorządu zawodu medycznego dotyczące wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej lub pisemne zobowiązanie oferenta do przedłożenia stosownych dokumentów przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia w przypadku wybrania oferty,
 - 6) kopię dokumentów oraz oświadczenie wskazane w Załączniku 4 lub pisemne zobowiązanie oferenta do przedłożenia dokumentów przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia w przypadku wybrania oferty,
 - 7) aktualne zaświadczenie lekarskie- badania profilaktyczne,
 - 8) wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
2. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu.
3. Komisja Konkursowa wzywa Oferentów, którzy w określonym terminie nie złożyli wymaganych oświadczeń lub dokumentów albo gdy oferta zawiera braki formalne do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
4. Jeżeli ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo.
5. W przypadku złożenia oferty przez podmiot wykonujący działalność leczniczą (np. spółka) dodatkowo należy złożyć:
 - 1) wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
 - 2) Załącznik nr 5 – oświadczenie Oferenta dotyczące zapewnienia wyszkolonego i wykwalifikowanego personelu,
 - 3) listę osób udzielających świadczeń wraz z oświadczeniami osób, które udzielać będą świadczeń zdrowotnych zgodnie z Załącznikiem nr 6 i 7,
 - 4) statut jednostki lub Regulamin Organizacyjny Oferenta.

VII. Opis sposobu przygotowania oferty

Oferent sporządza ofertę zgodnie z wymogami określonymi w pkt VII niniejszych warunków:

- Ofertę należy złożyć na drukach załączonych do niniejszej specyfikacji: - Załączniki 1-7
- Ofertę i wszystkie wymagane dokumenty należy sporządzić w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.
- Każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta na zewnątrz, natomiast strony należy ponumerować i zaparafować. Parafowane muszą być wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany.
- Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienia o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
- Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu ofert oznacza się jak ofertę z dopiskiem „Zmiana ofert” lub „Wycofanie oferty.”
- Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „**Konkurs ofert 26/2025 (nie otwierać do 29.07.2025 r. do godz. 10:15)**”
- Koperta z dokumentacją ofertową może być dostarczona Zamawiającemu: drogą pocztową listem poleconym przez doręczyciela, przez Oferenta zachowując pisemną formę potwierdzenia odbioru. Dostawa dokumentacji następuje na koszt i ryzyko Oferenta.
- Oferty nadane jako przesyłka, które wpłyną po terminie składania ofert, jak również oferty złożone w Kancelarii Szpitala po terminie składania ofert, zostaną odrzucone.

Ofertę oznaczoną jak wyżej należy złożyć do dnia:

28.07.2025 r. do godz. 15:00 w kancelarii SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, pok. 12.

VIII. Kryteria wyboru oferty

Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o następujące kryteria:
Cena – 100%

IX. Otwarcie ofert.

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Udzielającego zamówienia w dniu: **29.07.2025 r. o godz. 10:15**

X. Tryb i zakres prac Komisji Konkursowej.

1. Konkurs przeprowadza komisja powołana przez Dyrektora Udzielającego Zamówienia.
2. Komisja Konkursowa, mając na celu rozstrzygnięcie konkursu ofert, dokonuje następujących czynności:
 - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu,
 - b) podaje liczbę otrzymanych ofert,
 - c) otwiera koperty z ofertami,
 - d) podaje nazwę Oferentów oraz proponowaną kwotę przez Oferenta,
 - e) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych warunkach,
 - f) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom określonym w niniejszych warunkach lub jeżeli:
 - ofertę złożono po wyznaczonym terminie,
 - oferta zawiera nieprawdziwe informacje,
 - Oferent nie określił przedmiotu oferty albo nie podał proponowanej wartości za udzielanie świadczeń zdrowotnych,
 - Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych przez Udzielającego zamówienia,

- oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - oferta jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - Oferent złożył ofertę alternatywną,
 - złożoną przez Oferenta, z którym została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po stronie Oferenta, w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie konkursu,
- g) w przypadku gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja może wezwać Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty,
- h) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych warunkach, a które zostały odrzucone,
- i) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów,
- j) wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
3. Komisja Konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w ust. 2 lit. a, b, c, d.
4. Udzielający Zamówienia unieważnia postępowanie konkursowe w przypadku gdy:
- a) nie wpłynęła żadna oferta,
 - b) odrzucono wszystkie oferty,
 - c) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem pkt 5,
 - d) kwota najkorzystniejszej oferty (ofert) przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia,
 - e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. Jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja Konkursowa może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
6. Komisja Konkursowa sporządza protokół, który powinien zawierać:
- a) oznaczenie miejsca i czasu konkursu,
 - b) liczbę zgłoszonych ofert,
 - c) wskazanie ofert zawierających nieprawdziwe informacje,
 - d) wskazanie ofert odpowiadających wymaganiom określonym powyżej,
 - e) wskazanie ofert nieodpowiadających wymaganiom określonym powyżej lub ofert zgłoszonych po terminie (wraz z uzasadnieniem),
 - f) wyjaśnienia i oświadczenia Oferentów,
 - g) wskazanie najkorzystniejszej dla Udzielającego Zamówienia oferty albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta (wraz z uzasadnieniem) bądź doszło do unieważnienia postępowania,
 - h) ewentualne odrębne stanowisko członka Komisji Konkursowej,
 - i) wzmiankę o odczytaniu protokołu,
 - j) podpisy członków Komisji Konkursowej i przedstawiciela samorządu zawodu medycznego, jeżeli uczestniczy w pracach komisji,
7. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego, Komisja Konkursowa ogłasza rozstrzygnięcie konkursu.
8. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia oraz na tablicy ogłoszeń w jego siedzibie.
9. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania konkursowego następuje jego zakończenie i Komisja Konkursowa ulega rozwiązaniu.

XI. Wybór oferenta i ogłoszenie wyniku konkursu

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do dnia: **29.07.2025 r.**

XII. Środki ochrony prawnej

Środki odwoławcze:

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienia zasad przeprowadzenia konkursu, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w pkt. 2 – 13 poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie oraz na unieważnienie postępowania konkursowego.
3. W toku postępowania konkursowego do czasu jego zakończenia Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
7. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Informacja o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zostanie umieszczona na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia oraz na tablicy ogłoszeń w jego siedzibie.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Udzielającego Zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.
11. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
12. O rozstrzygnięciu odwołania Oferent informowany jest niezwłocznie.
13. W przypadku uwzględnienia odwołania, przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

XIII. Zawarcie umowy

- Kierownik Udzielającego Zamówienia zawiera umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z wybraną przez Komisję Konkursową najkorzystniejszą ofertą w terminie do 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
- Wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza stanowi Załącznik nr 8 do Szczegółowych warunków konkursu.

XIV. Postanowienia końcowe

- Udzielający Zamówienia zastrzega prawo odwołania konkursu ofert oraz przesunięcia terminu składania ofert, terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyn.
- Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Udzielającego Zamówienia.

Białystok, 24.07.2025 r.

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 15:05 z funkcją lekarza kierującego oddziałem na rzecz pacjentów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Ogólnoustrojowej*.**
2. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 15:05 w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej*.**

**Nazwa oferenta

.....

**Adres oferenta z kodem

**PESEL:

**Nr telefonu komórkowego

**E-mail

**REGON

**NIP

**Nazwa banku oraz nr rachunku

.....

**pola obowiązkowe

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że:

- nie zalegam z opłacaniem podatków albo zawarłem porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami albo uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
- nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo zawarłem porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami albo uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
- nie byłem karany za żadne przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

.....
data, podpis i pieczęć Oferenta

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

1. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 15:05 z funkcją lekarza kierującego oddziałem na rzecz pacjentów Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Ogólnoustrojowej**
2. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:30 do 15:05 w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.**

WYSZCZEGÓLNIENIE/PRODUKT zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie	CENA BRUTTO w zł. za 1 miesiąc/ 1 godz.
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie rehabilitacji medycznej w godzinach od 7:30 do 15:05 z funkcją lekarza kierującego oddziałem	Za m/c
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej w godzinach od 7:30 do 15:05.	Za 1 h

1. Deklarowana liczba godzin w miesiącu

.....
data, podpis i pieczęć Oferenta

pieczęć oferenta

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń,
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numeru telefonu przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, nie będę udzielał/ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w szpitalu.

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis i pieczęć Oferenta

Białystok, dnia

Imię i nazwisko kandydata uczestniczącego w rekrutacji

.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (RODO) SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego - Rejestr Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000003421, NIP: 542-25-29-292, REGON: 050657729.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, odpowiedzialnym za przestrzeganie ochrony danych osobowych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku jest możliwy za pośrednictwem poczty e-mail pod adresem: iodo@sniadecja.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody, w celu niezbędnym do obecnego procesu rekrutacji przeprowadzonej przez SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.
- 4) Dane osobowe mogą być ujawnione upoważnionym przez Administratora pracownikom, podmiotom zewnętrznym świadczącym na rzecz Administratora usługi, w tym usługi techniczne i organizacyjne, usługi w zakresie prowadzenia poczty elektronicznej, a także innym podmiotom/osobom/organom w zakresie i na zasadach określonych przepisami prawa.
- 5) Pani/Pana dane nie będą przekazywane do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z uzyskaną zgodą na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia obecnego procesu rekrutacji, a następnie przechowywane zgodnie z instrukcją kancelaryjną Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, nie dłużej niż przez okres pięciu lat, od początku roku następującego po roku, w którym odbyła się rekrutacja.
- 8) Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
- 9) W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje Pani/Panu prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych, przeniesienia danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
- 10) Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 11) Przysługuje Pani w dowolnym momencie prawo do cofnięcia zgody bez wpływu na zgodność prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 12) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestniczenia w rekrutacji przeprowadzonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

Zapoznałam/łem się z powyższą instrukcją i ją rozumiem:

.....
(data i podpis kandydata uczestniczącego w rekrutacji)

Klauzula zgody dla kandydata na bieżącą rekrutację

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do procesu rekrutacyjnego.

.....
(data i podpis kandydata)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę wszystkie potrzebne dokumenty:

- **kopię wszystkich wypełnionych stron aktualnego prawa wykonywania zawodu, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, kursy itp.)**
- **aktualne badania profilaktyczne**
- **aktualną polisę ubezpieczeniową**
- **wpis do ewidencji działalności gospodarczej**

.....

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Oferenta)

.....
pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Zakres udzielanych świadczeń:

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Lista osób udzielających świadczeń w ramach umowy z Oferentem:

Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Specjalizacja zakończona/w trakcie (data ukończenia specjalizacji/data otwarcia specjalizacji)

Każda wskazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w Szczegółowych Warunkach Konkursu w pkt. VI podpunkt 4

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć Oferenta

Imię i nazwisko

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numeru telefonu przez SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.

2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem oraz na podstawie przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzonego przez Szpital harmonogramu.

3. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, nie będę udzielał (ła) innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w Szpitalu.

Podpis Lekarza

Podpis Oferenta