

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

**PK 11/2024**

**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 medycznych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej w ramach:**

- **Oddziału Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej – całodobowo (normalna ordynacja oraz dyżury medyczne)**
- **Poradni Chirurgicznej;**

**Kod CPV: 85141000 (usługi świadczone przez personel medyczny)**

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. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z płatnikiem systemowym oraz podmiotami, z którymi Udzielający zamówienia ma podpisane umowy w ramach leczenia stacjonarnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w **szczegółności w zakresie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej** z nieodpłatnym wykorzystaniem infrastruktury niezbędnej do realizacji umowy, stanowiącej własność Udzielającego zamówienia (kwalifikacje i ilość osób udzielających świadczeń powinny być zgodne z aktualnymi na dzień składania oferty wymogami Ministra Zdrowia oraz 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 będą obowiązywały przepisy wewnętrzne Udzielającego zamówienia, w tym w szczególności Statut, Regulamin organizacyjny, zarządzenia wewnętrzne i inne przepisy regulujące udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego.

## **Chirurgia:**

### **Świadczenia chirurgiczne szpitalne:**

- Praca w godzinach normalnej ordynacji
- Pełnienie dyżurów medycznych
- Pełnienie dyżurów pod telefonem

Pod pojęciem praca w godzinach normalnej ordynacji należy rozumieć udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze **od godziny 7:00 do godziny 15:00**.

Pod pojęciem dyżur medyczny należy rozumieć udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godziny **15:00 do 7:00** dnia następnego, w dni ustawowo wolne od pracy i soboty **całodobowo**.

### **Świadczenia chirurgiczne ambulatoryjne:**

- Poradnia Chirurgiczna: poniedziałek, wtorek, środa, czwartek, piątek 7:25-15:00,

## **III. Okres obowiązywania umów:**

Umowy zostaną zawarte na okres:

**od 01.04.2024 r. do 31.03.2026 r.**

## **IV. Konkurs ofert ogłoszono:**

- na tablicy ogłoszeń Udzielającego zamówienia
- na stronie internetowej Szpitala: [www.sniadecja.pl](http://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:
2. wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik Nr 1 i 2;
3. oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert, stanowiące Załącznik Nr 3;
4. **kopie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej** za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem 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 4;
5. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych:
  - kopię dyplomu potwierdzającego ukończenie szkoły wyższej,
  - **kopie wszystkich wypełnionych stron aktualnego prawa wykonywania zawodu** i dostarczenie kopii przed rozpoczęciem udzielania świadczenia – załącznik 4
  - **inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, kursy itp.)** i dostarczenie kopii przed rozpoczęciem udzielania świadczenia – lub załącznik 4
  - **dyplom specjalisty w danej dziedzinie,**
  - wpis do Rejestru Podmiotów Lecznicych,

6. kopie 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;
7. kopie dokumentów lub pisemne zobowiązanie oferenta do przedłożenia dokumentów potwierdzających zarejestrowanie działalności gospodarczej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia w przypadku wybrania oferty – Załącznik nr 4;
8. **aktualne zaświadczenie lekarskie - badania profilaktyczne** i dostarczenie kopii przed rozpoczęciem udzielania świadczenia – lub załącznik 4
9. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu.
10. 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.
11. Jeżeli ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo.
12. **W przypadku złożenia oferty przez podmiot (spółka, nzo) dodatkowo należy złożyć:**
  - wpis do Rejestru Podmiotów Lecznicych,
  - **Załącznik nr 5** – oświadczenie oferenta dotyczące zapewnienia wyszkolonego i wykwalifikowanego personelu lekarskiego/pielęgniarskiego,
  - Listę osób udzielających świadczeń wraz z oświadczeniami lekarzy, którzy udzielać będą świadczeń zdrowotnych, każdego oddzielnie, że wyrażają zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza, nr telefonu wyłącznie do celów realizacji tej umowy oraz ich deklaracje do udzielania świadczeń zgodnie z warunkami konkursu i umowy ze szpitalem – stanowiącego **załącznik nr 6 i 7**
  - 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 PK 11/2024 Lekarz Chirurgia**”
- 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 pocztowa, 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 28.03.2024 r. do godz. 15.00** w Kancelarii SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego 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 **29.03.2024 r. o godz. 11:00**.

### 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:
    - ofertę złożono po wyznaczonym terminie
    - oferta zawiera nieprawdziwe informacje
    - jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty albo nie podał proponowanej wartości za udzielanie świadczeń zdrowotnych,
    - jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych przez Udzielającego zamówienia
    - nieważna na podstawie odrębnych przepisów
    - jeżeli 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 objętym niniejszym postępowaniem
  - 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. Komisja Konkursowa sporządza protokół, który powinien zawierać:
  - oznaczenie miejsca i czasu konkursu
  - liczbę zgłoszonych ofert
  - wskazanie ofert zawierających nieprawdziwe informacje
  - wskazanie ofert odpowiadających warunkom określonym w powyższych Warunkach
  - wskazanie ofert nieodpowiadających warunkom określonym w powyższych Warunkach lub zgłoszonych po terminie (wraz z uzasadnieniem)
  - wyjaśnienia i oświadczenia Oferentów
  - wskazanie najkorzystniejszej dla Udzielającego Zamówienia oferty albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta (wraz z uzasadnieniem)
  - ewentualne odrębne stanowisko członka Komisji Konkursowej
  - wzmiankę o odczytaniu protokołu
  - podpisy członków Komisji Konkursowej i przedstawiciela samorządu zawodu medycznego, jeżeli uczestniczy w pracach komisji

5. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego, Komisja Konkursowa ogłasza rozstrzygnięcie konkursu
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia oraz na tablicy ogłoszeń w jego siedzibie.
7. 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: **29.03.2024 r. do godz. 15.00.**

## **XII. Środki ochrony prawnej:**

### **Środki odwoławcze**

1. W toku postępowania konkursowego Oferent, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienia zasad prowadzenia konkursu, może skorzystać ze środków odwoławczych. Środki odwoławcze nie przysługują na niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie oraz na unieważnienie postępowania konkursowego.
2. 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.
  - Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty jego złożenia i udziela odpowiedzi na piśmie. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
  - W przypadku uwzględnienia protestu Udzielający Zamówieni powtarza zaskarżoną czynność.
  - Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
3. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora zakładu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
  - Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
  - O rozstrzygnięciu odwołania Oferent informowany jest niezwłocznie.
  - W przypadku uwzględnienia odwołania, przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

### **Unieważnienie postępowania konkursowego**

1. 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 2,
  - 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

2. Jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta na dany zakres 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.

### **XIII. Zawarcie umowy**

- Kierownik Udzielającego Zamówienia zawiera umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z wybraną przez Komisję Konkursowa najkorzystniejszą ofertę w terminie do 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
- Wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, stanowi załącznik 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, 25.03.2024 r.**

Formularz ofertowy  
KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

**1. Udzielanie świadczeń medycznych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej w ramach:**

- Oddziału Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej – całodobowo (normalna ordynacja oraz dyżury medyczne)
- Poradni Chirurgicznej;

\*\*Nazwa oferenta .....

.....

\*\*Adres oferenta z kodem .....

\*\*PESEL: .....

\*\*Nr telefonu komórkowego .....

\*\*E-mail .....

\*\*REGON .....

\*\*NIP.....

\*\*Nazwa banku oraz nr rachunku .....

.....

\*\*pola obowiązkowe

**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 medycznych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej w ramach:

- Oddziału Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej – całodobowo (normalna ordynacja oraz dyżury medyczne)
- Poradni Chirurgicznej;

WYSZCZEGÓLNIENIE/PRODUKT zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie	CENA w - zł brutto za 1h dyżuru/pracy w godzinach normalnej ordynacji - % wartości zrealizowanych świadczeń w poradni
<b>Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godz. 7:00 – 15:00 w dni robocze w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej</b>	zł/1h
<b>Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez 1 lekarza specjalistę:</b>  - w godz. 15:00 – 7:00 następnego dnia w dni robocze <b>oraz</b> - w godzinach od 7:00 – 7:00 następnego dnia w dni ustawowo wolne od pracy i soboty	zł/1h
<b>Za 1 godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez 1 lekarza specjalistę tzw. „dyżur pod telefonem”</b>	zł/1h
<b>Poradnia Chirurgiczna</b>	% wartości zrealizowanych świadczeń

.....  
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.

.....  
(miejsowość, 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](mailto: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 że:

- **kopia wszystkich wypełnionych stron aktualnego prawa wykonywania zawodu**
- **inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, dyplom ukończenia studiów kursy itp.)**
- **aktualne badania profilaktyczne**
- **aktualna polisa ubezpieczeniowa**
- **wpis do ewidencji działalności gospodarczej**
- **wpis do rejestrów podmiotów leczniczych**
- **aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

zostały złożone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku w Konkursie na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na rok 2024 i stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....

(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.

.....  
(miejsowość, 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

.....  
miejsowość, 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.....