****

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

**w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym**

**im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**

Kraków,grudzień2024

**PRZEPISY OGÓLNE**

**Szczegółowe warunki konkursu ofert**

1. Szczegółowe warunki konkursu ofert (SWKO) określają zasady przeprowadzenia konkursu, jego przedmiot, podmioty uprawnione do składania ofert, wymagania stawiane Oferentom, sposób przygotowania i złożenia ofert, tryb oraz kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty, środki odwoławcze oraz inne niezbędne informacje dotyczące konkursu.

**Podstawa prawna**

2. Postępowanie konkursowe prowadzone jest w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Definicje**

3. Ilekroć w SWKO lub w załącznikach do nich jest mowa o:

* 1. Oferencie - rozumie się przez to podmiot, który złożył ofertę w ramach niniejszego postępowania konkursowego,
	2. Udzielającym Zamówienie- rozumie się przez to Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie (dalej: Szpital),
	3. Przyjmującym Zamówienie – rozumie się przez to wyłonionego w konkursie Oferenta, który podpisał umowę o realizowanie świadczeń będących przedmiotem konkursu z Udzielającym Zamówienie,
	4. Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, SOR – należy przez to rozumieć Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie,
	5. Kierowniku SOR - należy przez to rozumieć Kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie,
	6. Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej, NŚOZ – należy przez to rozumieć świadczenia o których mowa w art. 5 pkt 17a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tj. świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym)
	7. Zespole NŚOZ – należy przez to rozumieć zespół lekarsko-pielęgniarski udzielający świadczeń w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. W skład Zespołu wchodzi 1 lekarz i 1 pielęgniarka.
	8. Rozporządzeniu – należy przez to rozumieć Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia
	24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* wraz z ewentualnymi zmianami albo akt je zastępujący (w zakresie NŚOZ)
	9. Zarządzeniu – należy przez to rozumieć Zarządzenie nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (z późn. zm.) albo akt je zastępujący,
	10. Dniach roboczych - rozumie się przez to dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy oraz dni wolnych od pracy u Udzielającego Zamówienie,
	11. Płatniku – należy przez to rozumieć Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia zdrowotne ze środków publicznych,
	12. Harmonogramie – należy przez to rozumieć harmonogram wykonania świadczeń zdrowotnych,
	13. Przedmiocie konkursu- rozumie się przez to świadczenia opisane w pkt.4-5 SWKO,
	14. Sekretariacie Dyrektora Szpitala - rozumie się przez to Sekretariat Dyrektora Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie zlokalizowany
	w budynku przy ul. Prądnickiej 35 w Krakowie (poziom „0”),
	15. Umowie –rozumie się przez to wzór umowy wraz z załącznikami przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący Załącznik Nr 12 do SWKO.

**ZAKRES KONKURSU**

**Przedmiot konkursu**

4. Przedmiotem konkursu jest kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ) przy SOR dla wskazanego obszaru zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców (w szczególności „dyżury” lekarsko-pielęgniarskie w ramach NiŚOZ)

Udzielający Zamówienie oświadcza, że w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej będzie zabezpieczał świadczenia dla mieszkańców Miasta Krakowa.

**Zakres świadczeń**

1. Przyjmujący Zamówienie będzie zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej:
	1. w dni robocze od godz. 18:00 do godz. 8.00 dnia następnego.
	2. w soboty, dni ustawowo wolne od pracy w rozumieniu ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r.
	o dniach wolnych od pracy oraz dni wolne od pracy u Udzielającego Zamówienie całodobowo, w godzinach od 8.00 do godz. 8.00 dnia następnego.

Świadczenia obejmują w szczególności:

1. poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
2. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
3. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w lit. a);
4. poradę lekarską udzielaną w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;
5. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w tym świadczenia zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
6. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa w lit. d).

Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie do zabezpieczania świadczeń zdrowotnych zgodnie z comiesięcznym Harmonogramem, zatwierdzanym przez Dyrektora Szpitala.

Przyjmujący Zamówienie będzie zobowiązany do zapewnienia obecności co najmniej 1 Zespołu NŚOZ w każdym dniu (nocy) realizacji świadczeń zdrowotnych. W trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych wymagana jest obecność pełnego składu Zespołu NŚOZ.

**Do obowiązków Przyjmującego Zamówienie należeć ponadto będzie w szczególności:**

* 1. Rzetelne wykonywanie świadczeń lekarskich i pielęgniarskich zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i odpowiednio: Kodeksem Etyki Lekarskiej lub Kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz właściwymi przepisami prawa,
	2. Udzielanie pomocy lekarskiej/pielęgniarskiej w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki,
	3. Wykonywanie wszystkich niezbędnych badań i innych czynności zgodnie z procedurami obowiązującymi w reprezentowanej specjalizacji,
	4. Znajomość i przestrzeganie praw pacjenta,
	5. Prowadzenie aktualnej i systematycznej dokumentacji pacjentów leczonych i nowo przyjętych, zgodnie ze standardami oraz regulacjami wewnętrznymi prowadzenia dokumentacji obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie oraz w oparciu o obowiązujące przepisy (Rozporządzenia MZ, zarządzenia Prezesa NFZ), przekazywanie danych w formie umożliwiającej rozliczenie z NFZ,
	6. udział w sprawowaniu przez Udzielającego Zamówienie funkcji Centrum Urazowego;
	7. Znajomość i przestrzeganie przepisów Udzielającego Zamówienie wynikających z realizacji Programu Akredytacji Szpitala, normy ISO 9001,
	8. Znajomość i przestrzeganie wewnętrznych uregulowań Udzielającego Zamówienie.

**Oferenci**

1. Oferta może zostać złożona tylko przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, który posiada personel dysponujący wiedzą i doświadczeniem oraz odpowiednie warunki finansowe, pozwalające mu na wykonywanie dla Udzielającego Zamówienie świadczeń
w zakresie opisanym w SWKO oraz zgodne z warunkami podpisanej umowy jak również posiada w księdze rejestrowej prowadzonej w RPWDL właściwe wpisy rejestrowe.

Zgodnie z art. 24 ust. 6 ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. *o ochronie sygnalistów* Udzielający Zamówienie informuje, że wdrożył procedurę zgłoszeń wewnętrznych, która dostępna jest na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie pod adresem:

<https://narutowicz.krakow.pl/pracownicy/>

**WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM**

1. Udzielający Zamówienie określa następujące warunki dotyczące liczebności i kwalifikacji personelu medycznego Oferenta:

Osoby w liczbie pozwalającej zapewnić obecność co najmniej 1 Zespół NŚOZ, w każdym dniu w tygodniu, tj. łącznie powinni wykazać do realizacji świadczeń:

1. **co najmniej** **6 lekarzy** - posiadających prawo wykonywania zawodu;
2. **co najmniej 6 pielęgniarek –** posiadających prawo wykonywania zawodu.

**Pozostałe wymagania**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż osoby wykonujące obowiązki przewidziane niniejszą umową na rzecz Przyjmującego Zamówienie będą je świadczyć w ramach prowadzonych przez nich działalności gospodarczych.

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wprowadzenia w terminie do 30 dni od podpisania niniejszej umowy stosownych danych w Portalu Potencjału - Podwykonawcy, (zgodnie z wymogami Płatnika) i udostępnienia ich Udzielającemu Zamówienie.

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wystąpić o odpowiednie uprawnienia do użytkowania systemu informatycznego, w tym prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, zapozna się i potwierdzi zapoznanie się z wewnętrznymi uregulowaniami Szpitala w zakresie bezpieczeństwa informacji, w tym ochrony danych osobowych, przy czym obowiązek wystąpienia o odpowiednie uprawnienia do użytkowania systemu informatycznego Udzielającego Zamówienia dotyczy sytuacji, w której Przyjmujący zamówienie nie posiada własnego systemu medycznego niezbędnego do realizacji przedmiotu umowy.

**OFERTA**

**Wymagane elementy oferty**

9. Ofertę należy sporządzić starannie, ze szczególną dbałością o jej kompletność. Powinna ona zawierać:

1. Załączniki do SWKO:
	1. Formularz oferty (Załącznik nr 1),
	2. Formularz cenowy (Załączniki nr 2),
	3. Formularz oświadczeń (Załącznik nr 3),
	4. Oświadczenia:

- Przyjmującego Zamówienie (Załącznik 4a),

- Lekarza realizującego świadczenia zdrowotne na rzecz przyjmującego zamówienie (Załącznik 4b),

* 1. Wykaz Personelu (Załącznik nr 5),
	2. Formularz oceny kryteriów (Załącznik nr 6),
	3. Oświadczenia ws. obywatelstwa i niekaralności (Załącznik nr 7a) złożone przez wykazany personel wraz z informacją z Krajowego Rejestru Karnego oraz informacją z rejestrów karnych innych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi (w przypadku zaznaczenia w Załączniku nr 7a pkt 3-5)

- w przypadku gdy zostanie wskazany do udzielania świadczeń na rzecz małoletnich,

* 1. Dodatkowe oświadczenie (dotyczące niekaralności) (Załącznik nr 7b) złożone przez wykazany personel - w przypadku zaznaczenia w załączniku nr 7a pkt 3-5
	i braku możliwości przedłożenia informacji z rejestrów karnych innych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
	2. Oświadczenie o zapoznaniu do przestrzegania standardów ochrony małoletnich w Szpitalu (Załącznik nr 8)
	3. Oświadczenie dotyczące zapoznania się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych osoby wykonującej usługę w imieniu Oferenta (Załącznik nr 9)
	4. Oświadczenie o zachowaniu danych w poufności (Załącznik nr 10)
	5. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla Kontrahentów (Załącznik nr 11)
	6. Podpisany wzór umowy wraz z umową powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz wypełnionymi (Załącznikiem nr 12).
1. Dokumenty:
	1. Wykaz personelu wskazanego do realizowania świadczeń będących przedmiotem konkursu według wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SWKO (vide: Załączniki do SWKO pkt 9 ppkt e) wraz z oświadczeniami o zgodzie na umieszczenie danych osobowych w bazie danych Udzielającego Zamówienia złożonymi przez wszystkich członków personelu wskazanego do realizowania świadczeń będących przedmiotem konkursu.
	2. Dyplomy ukończenia szkoły medycznej uprawniającej do wykonywania zawodu wszystkich osób mających realizować świadczenia zdrowotne w ramach przedmiotu konkursu.
	3. Prawo wykonywania zawodu wszystkich osób mających realizować świadczenia zdrowotne w ramach przedmiotu konkursu.
	4. Specjalizacje i kwalifikacje wszystkich osób mających realizować świadczenia zdrowotne w ramach przedmiotu konkursu.
	5. zaświadczenie o odbyciu szkolenia BHP oraz ważne orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do pracy wszystkich osób mających realizować świadczenia zdrowotne w ramach przedmiotu konkursu,
	6. informacje z Krajowego Rejestru Karnego w przypadku osób mających realizować świadczenia zdrowotne w ramach przedmiotu konkursu na rzecz małoletnich
	7. Aktualny odpis z właściwego rejestru (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) potwierdzające, że profil Oferenta odpowiada profilowi świadczeń objętych niniejszym konkursem (dopuszczalne złożenie wyciągu).
	8. Umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz oświadczenie o jej kontynuowaniu w okresie trwania umowy.
	9. Imienna lista personelu, dla którego nadane zostaną odpowiednie uprawnienia do użytkowania systemu informatycznego, w tym prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
	10. pełnomocnictwo - w przypadku podpisywania oferty przez pełnomocnika.

Dla dokumentów Udzielający Zamówienie dopuszcza złożenie kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem poprzez opisanie każdej skopiowanej strony *„za zgodność
z oryginałem”*, data i podpis Oferenta (możliwość potwierdzenia przez osobę upoważnioną przez Oferenta).

 W przypadku gdy Oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja Konkursowa może wezwać Oferenta do uzupełnienia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Za dotrzymanie terminu uznaje się złożenie uzupełnienia w Kancelarii Szpitala w terminie wyznaczonym w wezwaniu.

**Złożenie oferty**

10. Oferty składa się, pod rygorem nieważności, w zamkniętej kopercie w formie pisemnej z adnotacją **„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej
i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie”** w Sekretariacie Dyrektora Szpitala przy ul. Prądnickiej 35
w Krakowie**, w terminie do dnia 13 grudnia 2024 r. do godz. 11:00.**

 Oferty, które wpłyną po wyznaczonym terminie, zostaną odrzucone i zwrócone bez otwierania.

**Kryteria oceny przy wyborze oferty. Warunki finansowe.**

11. Komisja Konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród kompletnych złożonych w wyznaczonym terminie ofert. Oceniane będą wyłącznie oferty spełniające w całości wymagania opisane w SWKO, ze szczególnym uwzględnieniem kompletności ofert zgodnie pkt 9 SWKO.

Rozstrzygającym kryterium wyboru ofert będzie suma punktów uzyskanych na podstawie poniższych kryteriów:

1. **Kryterium jakościowe:** (5% oceny, maksymalnie 5 pkt)

Oferent otrzyma 2 punkty za wykazanie w ofercie co najmniej 2 osób, posiadających dowolną specjalizację (lekarską lub pielęgniarską).

Oferent otrzyma 5 punktów za wykazanie w ofercie co najmniej 6 osób posiadających specjalizację.

1. **Kryterium kompleksowości:** (5% oceny, maksymalnie 5 pkt)

Oferent otrzyma 5 punktów za wykazanie w ofercie na liście personelu dedykowanego do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych minimum 5 osób, posiadających co najmniej 2-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurowym/nocnym.

1. **Kryterium dostępności:** (5% oceny/ maksymalnie 5 pkt)

Oferent otrzyma 2 pkt za wskazanie do udzielania świadczeń 12 osób.

Oferent otrzyma 5 pkt za wykazanie do udzielania świadczeń co najmniej 13 i więcej osób.

1. **Kryterium ciągłości:** (5% oceny, maksymalnie 5 pkt)

W przypadku gdy Oferent w okresie 24-miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizował świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu lub świadczenia zdrowotne w zakresie zapewnienia świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, otrzyma 5 pkt.

1. **Kryterium finansowe:** (80 % oceny, maksymalnie 80 pkt)

Kryterium finansowe to wartość pkt uzyskana na podstawie poniższego wyliczenia:

**S = [(SN/SX) x 100] x 80%**

gdzie:

S - liczba punktów za kryterium finansowe

SN - najniższa proponowana stawka % za miesiąc udzielania świadczeń spośród ważnych ofert

SX - proponowana przez Oferenta stawka % za miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych przez Zespół NŚOZ.

Szczegółowe regulacje dotyczące wynagradzania Przyjmującego Zamówienie określa
§ 8 Umowy.

**ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU**

**Otwarcie ofert**

12. Publiczne stwierdzenie prawidłowości ogłoszenia konkursu, liczby złożonych ofert oraz dokonanie ich otwarcia nastąpi **w dniu 13 grudnia 2024 r., godz. 12:00** w Sali Konferencyjnej Sekretariatu Dyrektora Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie przy ul. Prądnickiej 35 w Krakowie (poziom „0”).

Oferenci mogą być obecni podczas otwarcia ofert, jak również uczestniczyć w części jawnej posiedzenia Komisji konkursowej i składać oświadczenia oraz wyjaśnienia.

**Unieważnienie postępowania**

13. Dyrektor Szpitala unieważnia konkurs, jeżeli:

1. Nie wpłynęła żadna oferta,
2. Wpłynęła jedna oferta i nie podlega ona odrzuceniu, chyba że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert,
3. Odrzucono wszystkie oferty,
4. Kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Szpital przeznaczył na finansowanie świadczeń będących przedmiotem konkursu,
5. Nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów Szpitala, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

**Odrzucenie oferty**

14. Komisja Konkursowa odrzuca ofertę w całości lub w części:

1. Złożoną po wyznaczonym w SWKO terminie,
2. Zawierającą nieprawdziwe informacje,
3. Nie zawierającą określenia przedmiotu oferty lub proponowanej ceny świadczeń będących przedmiotem konkursu,
4. Zawierającą rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
5. Nieważną na podstawie odrębnych przepisów,
6. Jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
7. Jeżeli oferta lub oferent nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa,
8. Złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez Szpital umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy,
9. W sytuacji opisanej w pkt 9 SWKO – tj. po bezskutecznym upływie terminu uzupełnienia oferty.

**Analiza ofert**

15.Komisja Konkursowa badać będzie w szczególności:

 a) Kompletność złożonej dokumentacji ofertowej zgodnie z pkt 9 SWKO,

 b) Kwalifikacje Oferenta zgodne z warunkami pkt 7 SWKO,

 c) Kryteria oceny przy wyborze oferty pkt. 11 SWKO

**Rozstrzygnięcie konkursu ofert**

16. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi po przeprowadzeniu analizy ofert nie wcześniej niż
**w dniu 19 grudnia 2024 r.** Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów
o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

**Umowa**

17. W wyniku postępowania konkursowego zawarta zostanie z wyłonionym Oferentem umowa
o udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu na okres od **1 stycznia 2025 roku do 30 czerwca 2027 roku**

W przypadku zmiany wymogów stawianych przez Płatnika Udzielający Zamówienie dopuszcza zmianę umowy w przedmiotowym zakresie za porozumieniem stron.

Jeżeli oferent, którego oferta została przyjęta zrezygnuje z zawarcia umowy, zobowiązany jest do naprawienia spowodowanej tym szkody, zgodnie z treścią Oświadczenia stanowiącego Załącznik Nr 3 do SWKO.

**Wzór umowy**

18. W toku postępowania konkursowego, nie później jednak niż na 3 dni robocze przed terminem składania ofert, oferent może złożyć na adres mailowy sekretariat@narutowicz.krakow.pl zapytania do wzoru umowy. Zapytania złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

**Protest**

19. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest, na zasadach określonych
w art. 153 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Odwołanie**

20. Oferenci mogą również złożyć do Dyrektora Szpitala odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku, na zasadach określonych w art. 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**Związanie ofertą**

21. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu na składanie ofert.

**Prawo do odwołania konkursu**

22. Szpital zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania ofert

## Załącznik nr 1 do SWKO

 pieczęć Oferenta

###

###  **Szpital Miejski Specjalistyczny**

### **im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**

 **ul. Prądnicka 35-37**

 **31-202 Kraków**

###

### **FORMULARZ OFERTY**

**Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**

|  |
| --- |
| **Dane oferenta** |
| Nazwa |  |
| Adres siedziby |  |
| Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby wskazany powyżej) |  |
| Telefon |  |
| e-mail |  |
| NIP |  |
| REGON  |  |
| Nazwa bankuNr konta bankowego |  |
| Imię i nazwisko dyrektoralub kierownika placówki |  |
| Osoby odpowiedzialnej za realizację umowy:- imię i nazwisko - służbowy nr tel.- służbowy e-mail  |  |
| **Podany rachunek jest wpisany na tzw. „Białej Liście”** | * wskazany rachunek figuruje na „Białej liście”
* wskazany rachunek **nie** figuruje na „Białej liście” – świadczenia zwolnione z VAT.
 |

……..………………………………….

 podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**FORMULARZ CENOWY**

W ramach konkursu ofert, którego przedmiotem jest udzielanie

**świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

**w Szpitalu Miejskim specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**

|  |
| --- |
| **Stawka % za miesiąc udzielania świadczeń (% wynagrodzenia rozliczonego i zapłaconego przez Płatnika wobec Szpitala z tytułu realizacji świadczeń)***...........................................................................***%** *..............................................................................................................................................................................................................................................***%** *(słownie)* |

………………………………………………

 data

………………………….…………………………..

podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 3 do SWKO**

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zapoznałem się z treścią Szczegółowych warunków konkursu ofert, nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Akceptuję bez zastrzeżeń wymagania stawiane oferentom jak i projekt umowy stanowiący załącznik do SWKO oraz zobowiązuję się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie.

W przypadku odstąpienia od zawarcia umowy zobowiązuję się do zapłaty odstępnego
w wysokości 35 000 pln na wskazany rachunek Udzielającego Zamówienie

1. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Każda z Osób wykazanych w ofercie, będzie udzielała świadczeń będących przedmiotem konkursu w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej.
3. Wszystkie Osoby wykazane w ofercie wyraziły zgodę na udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu.
4. Zobowiązuję się przestrzegać zapisów obowiązujących ustaw, zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia w części dotyczącej realizacji przedmiotowych świadczeń.
5. Będę kontynuował umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy.
6. Zobowiązuję się do tego, że wszystkie wykazane osoby wystąpią o uzyskanie odpowiednich uprawnień do użytkowania systemu informatycznego, w tym prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, zapoznają się i podpiszą regulamin korzystania z systemów oraz przejdą szkolenie stanowiskowe.

…………………….…………………………..

podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 4a do SWKO**

**OŚWIADCZENIE**

**PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że każda z osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy udziela ponadto świadczeń zdrowotnych na rzecz
kilku szpitali (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej wyłącznie
w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład) lub na rzecz pacjentów indywidualnych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/ indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania tzw. praktyka gabinetowa lub w miejscu wezwania/ indywidualnej praktyki pielęgniarskiej).

…………………….…………………………..

podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 4b**

**OŚWIADCZENIE**

**LEKARZA REALIZUJĄCEGO**

**ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**NA RZECZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE[[1]](#footnote-1)**

Oświadczam, że udzielam świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Przyjmującym Zamówienie oraz ponadto:

1. nie jestem pracownikiem Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie (w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania konkursowego)[[2]](#footnote-2)

albo

1. udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz kilku szpitali (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej / pielęgniarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład)

i/lub

1. udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów indywidualnych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/ indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie
w miejscu wezwania/ indywidualna specjalistycznej praktyki lekarskiej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania tzw. praktyka gabinetowa lub w miejscu wezwania / indywidualnej praktyki pielęgniarskiej).

Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku, braku wyboru jakiegokolwiek
z poniższych wariantów zastosowanie znajduje § 8 ust. 12 Umowy, tzn.: wynagrodzenie, wynikające z realizacji umowy zostanie pomniejszone o wartość składek należnych do potrącenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Lekarza/Pielęgniarki** | **Oświadczenie[[3]](#footnote-3)** | **Oświadczenie[[4]](#footnote-4)****(Składane tylko przez Pracowników SMS im. Gabriela Narutowicza w Krakowie !)** | **Podpis** |
|  | * **1. Nie jestem pracownikiem Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**
 | * **2. świadczenia na rzecz wielu szpitali**
* **3. świadczenia na rzecz pacjentów indywidualnych**
 |  |
|  | * **1. Nie jestem pracownikiem Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**
 | * **2. świadczenia na rzecz wielu Szpitali**
* **3. świadczenia na rzecz pacjentów indywidualnych**
 |  |
|  | * **1. Nie jestem pracownikiem Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**
 | * **2. świadczenia na rzecz wielu szpitali**
* **3. świadczenia na rzecz pacjentów indywidualnych**
 |  |
|  | * **1. Nie jestem pracownikiem Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**
 | * **2. świadczenia na rzecz wielu szpitali**
* **3. świadczenia na rzecz pacjentów indywidualnych**
 |  |
|  | * **1. Nie jestem pracownikiem Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**
 | * **2. świadczenia na rzecz wielu szpitali**
* **3. świadczenia na rzecz pacjentów indywidualnych**
 |  |

**Załącznik nr 5 do SWKO**

 pieczęć Oferenta

**Wykaz personelu**

**wskazanego do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu**

 **(wzór)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Specjalizacje i dodatkowe kwalifikacje personelu** | **PESEL** | **PWZ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 …………………………………….

 podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 6 do SWKO**

**FORMULARZ OCENY**

**KRYTERIÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Forma w jakiej oferent spełnia kryteria** | **Punktacja** |
| **Jakościowe** | Oferent otrzyma 2 punkty za wykazanie w ofercie co najmniej 2 osób, posiadających dowolną specjalizację (lekarską lub pielęgniarską).**TAK/NIE**Oferent otrzyma 5 punktów za wykazanie w ofercie co najmniej 6 osób posiadających specjalizację.**TAK/NIE** | …**/5** |
| **Kompleksowości** | Oferent otrzyma 5 punktów za wykazanie w ofercie na liście personelu dedykowanego do realizacji przedmiotowych świadczeń zdrowotnych minimum 5 osób, posiadających co najmniej 2-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurowym/nocnym.**TAK/NIE**  | …**/5** |
| **Dostępności** | Oferent otrzyma 2 pkt za wskazanie do udzielania świadczeń 12 osób**TAK/NIE**Oferent otrzyma 5 pkt za wskazanie do udzielania świadczeń co najmniej 13 i więcej osób**TAK/NIE** | …**/5** |
| **Ciągłości** | W przypadku gdy Oferent w okresie 24-miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizował świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu świadczenia zdrowotne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, otrzyma 5 pkt**TAK/NIE** | …**/5** |
| **Finansowe** | **Proponowana stawka %** **…….………. %** | …..**/80** |

 …………………………………….

 podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 7a do SWKO**

Kraków, dnia …………………..

**OŚWIADCZENIE**

**ws. obywatelstwa i niekaralności**

Ja, niżej podpisany ……………..…………………………………..………, PESEL / inny numer identyfikujący: ………………………………...…..……….., mając na uwadze art. 21 ust. 4-7 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o *przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich* oświadczam, że (proszę zaznaczyć X we właściwej kolumnie):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  | posiadam jedynie obywatelstwo polskie. |
| 2. |  | nie posiadam obywatelstwa żadnego państwa. |
| 3. |  | posiadam obywatelstwo polskie oraz obywatelstwo innego państwa niż Rzeczypospolita Polska [podać jakie państwa] 1. ……………………………………………….…………………………………
2. ……………………………………………….…………………………………
 |
| 4. |  | nie posiadam obywatelstwa polskiego ale posiadam obywatelstwo innego państwa niż Rzeczypospolita Polska [podać jakie państwa]1. ……………………………………………….…………………………………
2. ……………………………………………….…………………………………
 |
| 5. |  | zamieszkiwałem/zamieszkiwałam w ciągu ostatnich 20 lat, w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska[podać jakie państwa]1. ……………………………………………….…………………………………
2. ……………………………………………….…………………………………
 |

Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej.

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

*Wraz z oświadczeniem przedkładam informację z Krajowego Rejestru Karnego oraz informacje z rejestrów karnych innych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi (w przypadku zaznaczenia pkt 3-5).*

………………..….………………………..

 data, podpis

**Załącznik nr 7b do SWKO**

Kraków, dnia …………..………………..

**OŚWIADCZENIE DODATKOWE**

***(dotyczące niekaralności)***

Składane w przypadku zaznaczenia w załączniku nr 7a pkt 3-5 i braku możliwości przedłożenia informacji z rejestrów karnych innych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi

Ja, niżej podpisana/-y ……………………………………………, PESEL/Inny numer identyfikujący ………………………..……….. oświadczam, że prawo państwa (tj. …………..…..……………), z którego ma być przedłożona informacja, nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi oraz w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego.

Ponadto oświadczam, że:

1. nie byłem/byłam prawomocnie skazana w innym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX (**Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu)** i XXV (**Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności)** Kodeksu karnego, w art. 189a **(Handel ludźmi)** i art. 207 **(Znęcanie się nad osobą najbliższą)** Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r.
*o przeciwdziałaniu narkomanii;*
2. nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono,
iż dopuściłem/dopuściłam się takich czynów zabronionych;
3. nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej.

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

………………………………………………………..

 data, podpis

**Załącznik nr 8 do SWKO**

**OŚWIADCZENIE**

**O ZOBOWIĄZANIU DO PRZESTRZEGANIA**

 **STANDARDÓW OCHRONY MAŁOLETNICH**

(wzór)

Ja niżej podpisana/-y ............................................................................ identyfikująca/-y się
nr PESEL: .............................................................. oświadczam, że zapoznałam/-em się ze standardami ochrony małoletnich obowiązującymi w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.

.......................................... ...............................................................................

(data, miejscowość) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

**Załącznik nr 9 do SWKO**

**OŚWIADCZENIE**

dotyczące zapoznania się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych

Uwagi: Oświadczenie składa **każda** osoba wykonująca usługę w imieniu Oferenta.

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”), zostałem poinformowany, iż:

1. Udzielający Zamówienia, tj. Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie („Szpital”), jest administratorem moich danych osobowych i może przetwarzać te dane w celach/na podstawie:
2. przeprowadzenia postępowania konkursowego, a w razie wyboru oferty – do realizacji umowy, w tym umieszczenia moich danych osobowych w bazie danych Udzielającego Zamówienia **-** w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
3. związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
4. ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń - na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych w myśl art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.
5. Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w przypadku pytań lub uwag dotyczących przetwarzania moich danych osobowych. **Dane kontaktowe adres e-mail:** iod@@narutowicz.krakow.pl tel. 12 257 85 78.
6. Moje dane osobowe mogą zostać ujawnione pracownikom i współpracownikom Szpitala posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych kontrahentów w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych; dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Szpitala (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych) oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
7. Szpital nie planuje przekazywania danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.
8. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej lub przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.
9. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych i uzupełniania danych niekompletnych oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia postępowania konkursowego i realizacji umowy w przypadku wyboru oferty.
11. Nie będę podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka), a moje dane nie będą wykorzystywane do profilowania.

.......................................... …................................................................................

(data, miejscowość) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

 **Załącznik nr 10 do SWKO**

**OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI**

**(wzór)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pracownika Wykonawcy |  |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Nazwa, data i nr Umowy („Umowa”) |  |

1. Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że zapoznałam/-em się z uregulowaniami wewnętrznymi Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie w zakresie bezpieczeństwa informacji, w tym ochrony danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad bezpieczeństwa informacji w Szpitalu w zakresie wykonywanych przeze mnie czynności związanych z realizacją Umowy, w szczególności do:
2. zachowania w tajemnicy (w tym nieujawniania podmiotom i osobom nieuprawnionym) informacji, w tym danych osobowych, do których uzyskam dostęp w związku
z wykonywaniem czynności na rzecz Szpitala, pod rygorem odpowiedzialności karnej
i cywilnej,
3. niewykorzystywania informacji, w tym danych osobowych, do których uzyskam dostęp,
w celach niezwiązanych z czynnościami wykonywanymi na rzecz Szpitala,
4. dołożenia należytej staranności w celu ochrony powyższych informacji, w tym danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem,
5. zachowania w tajemnicy rodzajów i sposobów zabezpieczenia informacji, w tym systemów informatycznych Szpitala, pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej,
6. utrzymywania w tajemnicy wszelkich innych informacji uzyskanych przy wykonywaniu opisanych powyżej czynności za wyjątkiem:
7. informacji wyraźnie wyłączonych spod tej tajemnicy przez ich dysponenta,
8. informacji powszechnie dostępnych,
9. informacji, których ujawnienie stanowi wymóg określony przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
10. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy informacji, o których mowa powyżej także
w sytuacji po:
11. wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy,
12. ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z Wykonawcą,
13. śmierci pacjenta, którego dane dotyczą.

W przypadku powzięcia wiadomości lub podejrzenia naruszenia któregokolwiek, ze swoich zobowiązań, o których mowa powyżej, zobowiązuje się w trybie natychmiastowym poinformować o tym fakcie Szpital w formie pisemnej.

.................................................. …........................................................................................

 (data, miejscowość) (czytelny podpis pracownika Wykonawcy/Podwykonawcy)

**Załącznik nr 11 do SWKO**

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

**Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**

**dla Kontrahentów będących osobami fizycznymi, osób reprezentujących Kontrahentów, pełnomocników Kontrahentów oraz pracowników i współpracowników Kontrahentów wyznaczonych do kontaktu i odpowiedzialnych za wykonanie umowy**

Zgodnie z art. 13 i 14 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) (zwanego dalej „RODO”) informuję, iż:

1. **Administrator danych osobowych:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie (zwany dalej „Szpitalem”), adres: ul. Prądnicka 35-37,
31-202 Kraków, telefon: 12 257 86 50, e-mail: sekretariat@narutowicz.krakow.pl.

1. **Inspektor Ochrony Danych:**

Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w przypadku pytań lub uwag dotyczących przetwarzania moich danych osobowych. Dane kontaktowe adres e-mail:iod@@narutowicz.krakow.pl tel. 12 257 85 78.

1. **Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:**

Szpital może przetwarzać Pani/Pana dane w następujących celach:

* + 1. zawarcia i wykonania umowy – w myśl art. 6 ust. 1 lit. b) RODO ­ w przypadku Kontrahenta będącego osobą fizyczną, osób uprawnionych do reprezentowania lub działających na podstawie pełnomocnictwa Kontrahenta;
		2. wynikających z uzasadnionych interesów prawnych obejmujących realizację umowy
		z Kontrahentem ­ w myśl art. 6 ust. 1 pkt f RODO - w przypadku osoby wskazanej przez Kontrahenta w związku z realizacją umowy;
		3. wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących prowadzenia ksiąg rachunkowych
		i dokumentacji podatkowej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
		4. wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących prowadzenia, przechowywania
		i udostępniania dokumentacji medycznej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw.
		z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
		5. wynikających z uzasadnionych interesów prawnych obejmujących ustalenie, dochodzenie lub obronę ewentualnych roszczeń z tytułu realizacji umowy, w myśl art. 6 ust. 1 pkt f RODO;
		6. wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących przechowywania dokumentacji - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
		7. wypełnienia obowiązków prawnych dotyczących wprowadzania danych do prowadzonego przez Ministra Finansów rejestru umów zawartych przez jednostki sektora finansów publicznych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 6 ustawy z dnia 14 października 2021 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw oraz art. 34a ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
1. **Źródło pochodzenia danych osobowych**

Szpital uzyskał Pani/Pana dane osobowe:

* 1. w przypadku Kontrahenta będącego osobą fizyczną, osób uprawnionych do reprezentowania lub działających na podstawie pełnomocnictwa Kontrahenta - bezpośrednio od Pani/Pana. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy.
	2. w przypadku osoby wskazanej przez Kontrahenta w związku z realizacją umowy - od Kontrahenta, z którym zawarł umowę. Zakres Pani/Pana danych osobowych może obejmować: imię i nazwisko, stanowisko, miejsce pracy, dane kontaktowe oraz inne dane niezbędne w związku z realizacją umowy.
1. **Informacje o kategoriach odbiorców danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione:

1. pracownikom i współpracownikom Szpitala upoważnionym do przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych;
2. dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Szpitala (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych);
3. podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
4. **Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej:**

Szpital nie planuje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

1. **Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania umowy zawartej z Kontrahentem, a następnie przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa
w zakresie przechowywania dokumentacji lub przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.

1. **Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane:**

Na warunkach określonych w RODO przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych i uzupełniania danych niekompletnych, prawo usunięcia danych osobowych, prawo do ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych.

1. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

1. **Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:**

Nie będzie Pani/Pan podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Pani /Pana dane osobowe nie będą również wykorzystywane do profilowania.

1. Wypełniają i podpisują wszystkie osoby wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do realizacji świadczeń [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku zaznaczenia tej opcji pkt. 2 i 3 nie wypełnia się [↑](#footnote-ref-2)
3. Każdy lekarz oświadcza zgodnie ze stanem faktycznym [↑](#footnote-ref-3)
4. Oświadczenie składane w przypadku nie zaznaczenia pkt. 1 [↑](#footnote-ref-4)