

**OGŁOSZENIE**  
**Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie**  
**(dalej zwany „Udzielającym Zamówienia”)**  
ogłasza konkurs

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika medycznego w zakresie wykonywania badań diagnostycznych w Poradni Okulistycznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.**

1. Przedmiotem konkursu jest Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika medycznego w zakresie wykonywania badań diagnostycznych w Poradni Okulistycznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.

**KOD CPV: 85121200-5-Specjalistyczne usługi medyczne**

2. Zamówienie będzie wykonywane na zlecenie Udzielającego Zamówienie przy pomocy sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie.

3. Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1 do Ogłoszenia.

4. Wynagrodzenie za realizację Zamówienia będzie rozliczane przyjmując stawkę za godzinę udzielania świadczeń.

5. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia.

6. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia kieruje się:

- a) kryterium ceny - Oferent otrzyma największą liczbę punktów za najniższą cenę oferty (maksymalnie 90 punktów)
- b) kryterium jakości- punkty przyznawane będą za posiadanie udokumentowanego doświadczenia w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP)):
- I. brak doświadczenia - 0 punktów
- II. 1-5 lat doświadczenia – 5 punktów
- III. 5 lub więcej lat doświadczenia – 10 punktów

Lp	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	90 punktów	Najniższa zaofferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,90
2.	Jakość <sup>1</sup>	10 punktów	Oświadczenie oferenta, że posiada udokumentowane doświadczenie w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP)): <ul style="list-style-type: none"><li>• brak doświadczenia – 0 punktów</li><li>• 1 - 5 lata doświadczenia – 5 punktów</li><li>• 5 lub więcej lat doświadczenia – 10 punktów</li></ul>

<sup>1</sup> Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP)). W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP)), Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Jakość

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku) spośród ofert niepodlegających odrzuceniu.



7. Ofertę pisemną na formularzu załączonym do ogłoszenia wraz z wymaganymi załącznikami, umieszczoną w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

**„Konkurs ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika medycznego w zakresie wykonywania badań diagnostycznych w Poradni Okulistycznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”- nr sprawy OM/CZD/18/24.**

***Nie otwierać przed dniem .....13.01.2025r....., przed godziną 12.00.”***

**Oferty należy składać do dnia .....13.01.2025r..... do godz. 12.00** w siedzibie Zamawiającego w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesłać drogą pocztową na adres Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

8. Oferent jest związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.

9. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienia poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia podając nazwę i adres oferenta, który został wybrany.

10. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia wskaże termin i miejsce podpisania umowy.

11. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert.

12. Udzielający Zamówienia zamieszcza ogłoszenie zgodnie z art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

13. Sygnaliści

W IPCZD obowiązuje procedura zgłoszeń wewnętrznych, zgodna z ustawą o ochronie sygnalistów. Zgłoszeń można dokonywać drogą mailową na adres [zgloszeniesygnalisty@ipczd.pl](mailto:zgloszeniesygnalisty@ipczd.pl), a także w formie pisemnej lub ustnej do Kierownika Działu Polityki Personalnej i Wynagrodzeń IPCZD.

Dodatkowych informacji o warunkach konkursu udziela w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie przy Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, budynek G pokój 123, w godz. 08:00 – 15.35, Karolina Szulim, tel. 22 815 16-78, e-mail: [k.szulim@ipczd.pl](mailto:k.szulim@ipczd.pl)



**Załączniki do Ogłoszenia:**

- Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
- Wymagania stawiane oferentom (zał. nr 2),
- Formularz ofertowy (zał. nr 3),
- Formularz cenowy (zał. nr 4),
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5),
- Istotne postanowienia umowy (zał. nr 6),
- Oświadczenie o zamieszkiwaniu (zał. nr 7)
- Oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/ zamieszkiwania (zał. nr 8)

.....  
*podpis Udzielającego Zamówienia*



## Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika medycznego w zakresie wykonywania badań diagnostycznych w Poradni Okulistycznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

### Szczegółowy Zakres Zamówienia

1. Liczba godzin do wypracowania w miesiącu wynosi od 0 do 150 godzin, wg harmonogramu uzgodnionego z udzielającym zamówienia oraz w zależności od potrzeb Zamawiającego,
2. Dni pracy – od poniedziałku do piątku (wg harmonogramu),
3. Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia do 31.12.2025r.
4. Miejsce wykonywania zamówienia: Poradnia Okulistyczna, Oddział Okulistyki IPCZD
5. Świadczenia będą udzielane przez 1 osobę

### Zakres obowiązków:

1. Badania elektrofizjologiczne (elektrofizjologia oka), w tym:
  - a) elektroretinografię (ERG) – badanie zmian czynnościowego potencjału powstającego w gałce ocznej pod wpływem światła
  - b) elektrookulografię (EOG) mierzącą działanie nabłonka barwnikowego siatkówki oraz fotoreceptorów Kalibrowanie i wstępna ocena kontroli jakości metod.
  - c) wzrokowe potencjały wywołane, które odzwierciedlają moc, z jaką sygnały z oka pobudzają korę wzrokową mózgu (VEP, VER).
2. Badania pola widzenia
3. Zgłaszanie awarii sprzętu
4. Obsługa aparatury medycznej w Poradni i Oddziale Okulistyki
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wykonywanymi badaniami
6. Przygotowanie aparatury i narzędzi medycznych potrzebnych w gabinetach zabiegowych



## Załącznik nr 2 do Ogłoszenia - Wymagania stawiane oferentom

### Ogłoszenie pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika medycznego w zakresie wykonywania badań diagnostycznych w Poradni Okulistycznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

#### 1. Wykaz niezbędnych dokumentów oraz warunków uprawniających Oferentów do udziału w postępowaniu konkursowym:

- 1.1. Oferent jest podmiotem wymienionym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia,
- 1.2. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia średniego mającego zastosowanie w ochronie zdrowia lub posiadanie wykształcenia średniego wraz z zaświadczeniem o posiadaniu wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w zakresie przedmiotu zamówienia,
- 1.3. Aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 1.4. Warunek nieobowiązkowy (FAKULTATYWNY): oświadczenie o posiadaniu udokumentowanego doświadczenia w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP));
- 1.5. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - **nie starsza niż 6 miesięcy.**<sup>1</sup>
- 1.6. Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat;<sup>2,3</sup>
- 1.7. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;
- 1.8. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.

#### **Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 1 niniejszego Ogłoszenia:**

##### **1. W przypadku osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą:**

- 1.1. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia średniego mającego zastosowanie w ochronie zdrowia lub posiadanie wykształcenia średniego wraz z zaświadczeniem o posiadaniu wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w zakresie przedmiotu zamówienia,

<sup>1</sup> Nie dotyczy Oferentów, którzy ubiegają się o kontynuację współpracy bez przerwy zatrudnienia w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" W formularzu pn. „Zapytanie o udzielenie informacji o osobie”, w pkt. 11 konieczne jest wskazanie postępowania, w związku z którym zachodzi potrzeba uzyskania informacji o osobie, należy wpisać: Dopuszczenie do działalności związanej z wykonywaniem 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.

<sup>2</sup> Jeżeli prawo państwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, Oferent składa **informację z rejestru karnego tego państwa.**

<sup>3</sup> W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, nie przewiduje sporządzenia informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, Oferent składa **oświadczenie - załącznik nr 8 do Ogłoszenia.**



- 1.2. Oświadczenie o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 1.3. Warunek nieobowiązkowy (FAKULTATYWNY): oświadczenie o posiadaniu udokumentowanego doświadczenia w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP));
- 1.4. Dokument potwierdzający informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - **nie starszą niż 6 miesięcy**;
- 1.5. Dokument potwierdzający informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat;
- 1.6. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;
- 1.7. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.

**5. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:**

- 5.1. formularz oferty – zał. nr 3 do Ogłoszenia
- 5.2. formularz cenowy - zał. nr 4 do Ogłoszenia
- 5.3. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia- dotyczy wszystkich oferentów
- 5.4. Oświadczenie o zamieszkiwaniu -zał. nr 6
- 5.5. Oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/zamieszkiwania – w przypadku, gdy prawo państwa nie przewiduje sporządzenia informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego -zał. nr 7

Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełniania wymagań stawianych Oferentom powinny być złożone w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.



Formularz ofertowy

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika medycznego w zakresie wykonywania badań diagnostycznych w Poradni Okulistycznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Dane oferenta**

Imię i Nazwisko/Nazwa Firmy .....

Obywatelstwo .....

Nazwisko rodowe .....

Imiona rodziców .....

Numer PESEL .....

Seria i numer dowodu osobistego .....wydany przez .....

Adres: .....

Telefon: .....

E-mail: ..... NIP\*:.....

REGON\*: .....

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika medycznego w zakresie wykonywania badań diagnostycznych w Poradni Okulistycznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 6 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie [www.czd.pl](http://www.czd.pl), w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że ja/osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę/nie będzie pozostawała/pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam **wykształcenie średnie lub wyższe**.
6. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.3. Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że przed zawarciem Umowy zobowiązuje się zapoznać ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” –dotyczy osób mających po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.
8. Oferent jest związany/a ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.

.....  
(data i podpis Oferenta )

\*informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą



Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia średniego mającego zastosowanie w ochronie zdrowia		
2	Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia średniego wraz z zaświadczeniem o posiadaniu wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w zakresie przedmiotu zamówienia		
3	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
4	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
5	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) - dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących działalność gospodarczą		
6	Informacja z Krajowego Rejestru Karnego		
7	Oświadczenie o zamieszkiwaniu		
8	Inne- wymienić jakie .....		

.....  
Podpis Oferenta





**Formularz cenowy**

**KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów (należy uzupełnić):**

**Oferowane wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

..... zł brutto

Słownie: ..... zł brutto

**KRYTERIUM b): Jakość<sup>1</sup> - dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących działalność gospodarczą (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

Oświadczam, że posiadam udokumentowane doświadczenie w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP)):

- brak doświadczenia
- 1 – 5 lat doświadczenia
- 5 lub więcej lat doświadczenia

<sup>1</sup> Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP)). W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w zakresie wykonywania badań elektrofizjologicznych stosowanych w okulistyce (elektroretinografia (ERG), elektrookulografia (EOG), wzrokowe potencjały wywołane (VEP)), Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Jakość

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w formularzu cenowym, w zakresie kryterium a) cena, będzie skutkowała odrzuceniem oferty.**

.....  
(data i podpis Oferenta)



**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy wszystkich oferentów**

Ja, niżej podpisana/podpisany.....  
w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt 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 moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis.....



**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**

**§ 1**

**Przedmiot Umowy**

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu wykonywania badań diagnostycznych w Poradni Okulistycznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

**§ 2**

**Obowiązki Stron**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada wykształcenie średnie oraz oświadcza, że ma uprawnienia niezbędne do wykonywania Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich (*jeśli dotyczy*).
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego Zamówienie, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w Umowie i tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z Umową.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa, jest Kierownik Kliniki Okulistyki bądź osoba go zastępująca;
6. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Kierownika Kliniki Okulistyki bądź osobę go zastępującą;
7. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w ust. 2, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienie, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić z krótszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym;
8. Udzielający Zamówienia nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron Umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych Harmonogramem.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:
  - a) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów, do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi usługami medycznymi w ramach niniejszej umowy;
  - b) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
  - c) Współpracować z lekarzami oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienie;



- d) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienie każdy konflikt interesów i każdy inny fakt przeszkadzający, utrudniający lub uniemożliwiający należyte wykonywanie postanowień Umowy. Osobą wyznaczoną do kontaktu jest pracownik Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń;
  - e) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;
  - f) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, a także przepisów porządkowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów jest Kierownik Kliniki Okulistyki bądź osoba go zastępująca (jeśli dotyczy);
  - g) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji, serwisach internetowych i mediach społecznościowych, dotyczących przedmiotowo wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie;
  - h) Wystawiać świadczeniobiorcom zwolnienia lekarskie oraz inne druki i zaświadczenia przewidziane w zakresie kompetencji świadczeniodawcy w ramach realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (*jeśli dotyczy*).
  - i) stosować się do zarządzeń wewnętrznych Udzielającego Zamówienia o charakterze organizacyjnym, przestrzegać przepisów o ochronie danych osobowych, porządkowych i innych wynikających z obowiązujących aktów prawnych oraz regulaminów Udzielającego Zamówienia. Informacje opisane w zdaniu poprzednim będą przesyłane Przyjmującemu Zamówienie na służbową pocztę elektroniczną, założoną przez Udzielającego Zamówienie. Korzystanie ze służbowej poczty elektronicznej założonej indywidualnie jest obowiązkowe;
  - j) Przekazywać Inspektorowi Ochrony Radiologicznej Udzielającego Zamówienia indywidualny dozymetr co 3 miesiące, w związku z kontrolnymi pomiarami indywidualnych dawek ze względu na narażenie na pracę w promieniowaniu jonizującym, zgodnie z art. 17 Ustawy z dnia 29 listopada 2000r.- Prawo Atomowe (*jeśli praca odbywa się w strefie promieniowania jonizującego*);
  - k) Posiadać aktualny Certyfikat Szkolenia w dziedzinie Ochrony Radiologicznej Pacjenta (*jeśli dotyczy*).
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną w tym Elektroniczną Dokumentację Medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz sprawozdawczość statystyczną według zasad obowiązujących w podmiotach leczniczych, a w szczególności według zasad ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, korzystając z narzędzi udostępnionych przez Udzielającego Zamówienie.
  11. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
  12. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które nie są pacjentami Udzielającego Zamówienia.
  13. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
  14. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
    - a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie;
    - b) utrzymywania we własnym zakresie i na własny koszt przez cały okres trwania Umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno- epidemiologicznych oraz aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy. Kopie dokumentów, o których mowa powyżej, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawiać na każde wezwanie Udzielającego Zamówienia, również po zakończeniu umowy (do 7 lat od daty zakończenia Umowy);
    - c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania Umowy, umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pod rygorem rozwiązania Umowy, zgodnie z § 7 ust. 2, lit. g) (*jeśli dotyczy*). W przypadku, gdy umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje okres krótszy niż czas trwania Umowy,



- Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu Zamówienia nową polisę ubezpieczeniową.
- d) Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że recepty uzyskane za pośrednictwem Udzielającego Zamówienie wykorzystywane będą wyłącznie w celu ordynowania pacjentom Udzielającego Zamówienia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" (*jeśli dotyczy*).
  15. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
  16. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek uczestniczenia w planowanych szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia oraz do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych, zdobywania lub uzupełniania wiedzy i umiejętności, z inicjatywy Udzielającego Zamówienie albo za jego zgodą.
  17. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do:
    - a) Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie;
    - b) Udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie sprzętu i aparatury medycznej oraz zapewnienia materiałów medycznych niezbędnych do wykonywania Zamówienia;
    - c) Zorganizowania obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami.
  18. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do korzystania z indywidualnych identyfikatorów pracowniczych zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora 51/15 z dnia 7 grudnia 2015r. w sprawie określenia zasad realizacji obowiązku posługiwania się wizytówkami identyfikacyjnymi przez pracowników Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” oraz inne osoby pracujące lub czasowo przebywające na terenie Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka".
  19. Przyjmujący Zamówienie podlega systemowi monitorowania obecności na zasadach określonych w regulaminie monitorowania obecności zleceniobiorców, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Instytutu w sprawie wprowadzenia Regulaminu monitorowania obecności zleceniobiorców w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” (*jeśli dotyczy*).

### § 3

#### Kontrola realizacji zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli, wykonywanej przez Udzielającego Zamówienie, Narodowy Fundusz Zdrowia i inne uprawnione organy oraz podmioty, dotyczącej w szczególności dostępności, jakości i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej, gospodarowania środkami, przestrzegania praw pacjenta, a w związku z tym Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia wszelkich dokumentów, danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości w zakresie, w szczególności:
  - a) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
  - b) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
  - c) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
  - d) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - e) realizacji zaleceń pokontrolnych;
  - f) czasu pracy – w oparciu o system monitorowania obecności.

### § 4

#### Należność za realizację zamówienia

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie



przysługuje wynagrodzenie w wysokości:

- .....zł (słownie:.....) brutto za godzinę udzielania świadczeń

**łącna wartość umowy wynosi ..... PLN (słownie: .....) brutto.**

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy Udzielający Zamówienie wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku.
3. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2, wystawiane i dostarczone będą do 5 dnia każdego miesiąca na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych stanowiących suplement do faktury lub rachunku. Wzór suplementu określa Udzielający Zamówienia..
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w suplemencie lub jego braku, wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki za opóźnienie w płatnościach.
5. Za datę dostarczenia faktury Udzielającemu Zamówienia uznaje się datę przyjęcia faktury potwierdzonej przez Dział Księgowości Udzielającego Zamówienie.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
7. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostaną potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, chyba że Przyjmujący Zamówienie udokumentuje Udzielającemu Zamówienia brak konieczności opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, m.in. przedstawiając z rachunkiem za każdy miesiąc oświadczenie oraz aktualne zaświadczenia od innych płatników składek na ubezpieczenie społeczne.
8. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie, o którym mowa w ust. 1, jest rozumiane jako całościowy koszt, jaki Udzielający Zamówienie poniesie w związku ze świadczeniem Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie, zawierający w szczególności wynagrodzenie brutto, składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez Udzielającego Zamówienia oraz fundusz pracy. Kwota ta będzie stała bez względu na to, czy Udzielający Zamówienia będzie odprowadzał z wynagrodzenia składki na ubezpieczenie społeczne czy też nie.
9. Punkty 7, 8 niniejszego paragrafu nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą.
10. Przyjmującemu zamówienie przysługuje dodatkowe wynagrodzenie, określone w Zarządzeniu Dyrektora Udzielającego Zamówienia w sprawie ustalenia zasad dodatkowego wynagrodzenia dla osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych zawieranych na podstawie art. 26 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (łącznie z wynagrodzeniem określonym w ust. 1 z zachowaniem limitu łącznej wartości umowy) w związku z pracą we wskazanych w Zarządzeniu procedurach medycznych/obszarach działalności medycznej.
11. Należność, o której mowa w ust. 10, wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku, składanej i dostarczanej do 5 dnia następnego miesiąca, na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Do dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 10 stosuje się zasady określone w ust. 5-9.

## § 5

### Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:
  - a) w sytuacji nie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego zamówienie wskutek



- nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości 2% wynagrodzenia miesięcznego określonego w § 4 ust. 1 za każdy dzień nieobecności na podstawie zatwierdzonego harmonogramu przez Strony;
- b) w przypadku udaremnienia lub utrudnienia kontroli, audytów wewnętrznych lub wizytacji akredytacyjnych – w wysokości 1 500 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych) za każdy incydent;
- c) nieuzasadnionej odmowy przez Przyjmującego Zamówienie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych – w wysokości 2 000 zł (słownie: dwa tysiące złotych) za każde stwierdzone i potwierdzone przez Kierownika Kliniki Okulistyki lub Zastępcę Dyrektora ds. Klinicznych zdarzenie;
- d) za naruszenie postanowień § 9 lub 10 Umowy – w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 5 ust. 1;
- e) Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 3 ust. 10 w wysokości 500 zł (słownie: pięćset złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienia;
- f) w przypadku niezwrócenia Inspektorowi Ochrony Radiologicznej Udzielającego Zamówienia w okresie 1 miesiąca od daty zakończenia obowiązywania Umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych) (jeśli dotyczy);
- g) w przypadku zgubienia w czasie trwania umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych) (jeśli dotyczy);
- h) w przypadku udostępnienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego innej osobie, skanowania kart innych osób lub wszelkich działań sprzecznych z zasadami używania indywidualnego identyfikatora, w wysokości 1 000 zł (słownie: jeden tysiąc złotych) za każde stwierdzone naruszenie;
- i) w przypadku zgubienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego i wydania duplikatu karty w wysokości 20 zł (słownie: dwadzieścia złotych);
2. W przypadku zakwestionowania przez NFZ prawidłowości wystawienia recepty, w tym jej zasadności, celowości lub poziomu refundacji, przez Przyjmującego zamówienie odpowiada on do wysokości kwoty zwracanej do NFZ wraz z odsetkami.
3. W przypadku nałożenia na Udzielającego Zamówienia kary umownej przez NFZ lub innego płatnika zewnętrznego z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie lub w przypadku nakazu zwrotu nienależnie przekazanych wartości świadczeń wynikających z negatywnej weryfikacji za niewykonanie świadczeń zdrowotnych, za przedstawienie do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niecelowych świadczeń, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu Zamówienia należności do kwoty, za którą odpowiedzialność ponosi Przyjmujący Zamówienie.
4. Udzielający Zamówienia zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

## § 6

### Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od daty zawarcia do 31.12.2025r.**, lub do wyczerpania kwoty, o której mowa w §4 ust. 1.
2. Umowa wygasa samoistnie z chwilą zaistnienia jednej z okoliczności, o których mowa w ust. 1.
3. W przypadku niezrealizowania wartości umowy określonej w § 4 ust. 1, strony przewidują możliwość przedłużenia terminu wykonania umowy, do czasu zrealizowania pozostałej części kwoty przeznaczonej do zapłaty za wykonanie przedmiotu umowy.

## § 7

### Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może zostać rozwiązana w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego lub na mocy porozumienia stron;
2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:



- a) w wyniku kontroli własnej lub organu zewnętrznego, zostanie stwierdzone niewykonanie Umowy lub jej wadliwe wykonanie, a w szczególności polegające na ograniczeniu dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu lub złej jakości świadczeń;
  - b) Przyjmujący Zamówienie nie dopełni obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej lub służbowej, albo dopuści się czynu nieuczciwej konkurencji, o których mowa w §8 ;
  - c) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy;
  - d) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia lub kwalifikacje konieczne dla realizacji Umowy;
  - e) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpi do realizacji Umowy;
  - f) Przyjmujący Zamówienie odmówi poddania się badaniu na zawartość alkoholu lub środków odurzających, gdy zachodzi podejrzenie ich użycia;
  - g) Przyjmujący Zamówienie nie przedstawi umowy odpowiedzialności cywilnej na wezwanie Udzielającego zamówienie w terminie 7 dni od wezwania
  - h) Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienie nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje związane z realizacją niniejszej umowy;
  - i) Przyjmujący Zamówienie zgodnie z § 2 ust. 18 nie przedstawi dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta w przeciągu 3 miesięcy od daty zawarcia Umowy.
  - j) Przyjmujący Zamówienie, który nie posiada obywatelstwa polskiego, nie przedstawi dokumentu uprawniającego cudzoziemca do wykonywania legalnej pracy na terenie Polski, niezwłocznie po wezwaniu do jego przedstawienia przez Udzielającego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni, po wygaśnięciu Umowy przekazać Udzielającemu Zamówienie wszelkie dokumenty i inne materiały dotyczące zarówno tajemnicy służbowej, jak i zawodowej oraz inne dokumenty, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania Umowy w związku z jej wykonywaniem.

## § 8

### Ochrona tajemnicy i nieuczciwa konkurencja

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których dowiedziały się przy realizacji Umowy oraz informacji, które stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
  2. Działanie Przyjmującego Zamówienie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, zagrażające lub naruszające interes Udzielającego Zamówienia bądź jego pacjentów będzie traktowane jako czyn nieuczciwej konkurencji, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Czynami nieuczciwej konkurencji są m.in.:
- a) naruszenie (przekazanie, ujawnienie, wykorzystanie) informacji stanowiących tajemnicę Udzielającego Zamówienie;
  - b) rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji dotyczących Udzielającego Zamówienie.

## § 9

### Ochrona danych osobowych

1. W trakcie wykonywania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:
  - a) przestrzegania przepisów oraz wewnętrznych procedur IPCZD dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych, a w szczególności Polityki bezpieczeństwa danych osobowych,
  - b) przetwarzania danych osobowych ściśle zgodnie z udzielonym przez Udzielającego Zamówienie upoważnieniem i jedynie w granicach tego upoważnienia,
  - c) zachowania poufności wszelkich informacji dotyczących danych osobowych pacjentów i pracowników Udzielającego Zamówienie, sposobu przetwarzania i ochrony tych danych,
  - d) podpisania oświadczenia o poufności stanowiącego zał. Nr 4 do niniejszej umowy
2. Powyższe postanowienia dotyczą osób fizycznych oraz osób prowadzących działalność gospodarczą.





## § 10

### Postanowienia końcowe

1. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
2. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

#### Załączniki:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia

Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 3: Formularz cenowy

Załącznik nr 4: Oświadczenie o poufności

Załącznik nr 5: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w IPCZD (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 6: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się z Regulaminem monitorowania obecności zleceniobiorców

.....  
**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
**Udzielający Zamówienia**



**Załącznik nr 4 do Umowy**

Zał. nr 3 do Polityki bezpieczeństwa  
przetwarzania danych osobowych w IPCZD

.....

(imię i nazwisko pracownika)

.....

( stanowisko)

.....

(nazwa komórki organizacyjnej)

.....

miejsowość, data

**OŚWIADCZENIE o poufności**

1. Oświadczam, że znane mi są przepisy dotyczące ochrony danych osobowych:
  - a) Rozporządzenie 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
  - b) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
  - c) „Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych” w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
  - d) „Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
2. Zobowiązuję się do przestrzegania zarządzeń, instrukcji i procedur dotyczących ochrony danych osobowych obowiązujących w IPCZD oraz że nie będę bez pisemnego upoważnienia Administratora Danych przetwarzać danych osobowych w ramach zbiorów wykorzystywanych w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”.
3. Zobowiązuję się, że nie będę pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać ani udostępniać jakichkolwiek danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych dotyczących m.in. stanu zdrowia i kodu genetycznego, do których będę miał/miała dostęp, w innych celach niż związane z wykonywaniem obowiązków.
4. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane za naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu Kodeksu Pracy.

.....

(podpis składającego oświadczenie)



## Załącznik nr 5 do umowy

Adaptacji ogólnej w Instytucie podlegają osoby mające po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

### OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE ZBIOREM WYTYCZNYCH I ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W IPCZD

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/łem się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

.....

(data i podpis)

Zakres adaptacji ogólnej:

- Szkolenie z zakresu systemu zarządzania jakością i programu poprawy jakości
- Szkolenie z zakresu: ppoż., zdarzeń masowych i katastrof, topografii szpitala
- Szkolenie z zakresu zakażeń szpitalnych
- Szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych
- Szkolenie z zakresu bhp
- Prezentacja Działu Systemów Informatycznych
- Szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej



**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

.....  
Imię i nazwisko <sup>4</sup>

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

- \* nie zamieszkiwałam/-em
- \* zamieszkiwałam/-em w następujących państwach .....

w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(data i podpis)

**\*Niepotrzebne skreślić**

Pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi. Jeżeli prawo państwa zamieszkiwania nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja z rejestrów karnych, nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem, że nie była prawomocnie skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma 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.

Podstawa prawna: art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

<sup>4</sup> dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących działalność gospodarczą



**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie<sup>5</sup>**

Ja niżej podpisany/a .....  
zamieszkały/a.....  
legitymujący/a się dokumentem tożsamości nr .....  
wydanym przez .....  
numer PESEL .....

**Oświadczam, że:**

- prawo w państwie obywatelstwa .....(wpisać nazwę państwa/państw)  
nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego;
- prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am .....  
(wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego.

**Oświadczam, że:**

- nie byłem/am prawomocnie skazany/a w żadnym z wyżej wymienionych państw, za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/am się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma 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.

*Jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

.....  
(data i podpis)

<sup>5</sup> dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących działalność gospodarczą