



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

Udzielanie konsultacji specjalistycznych przez lekarza w zakresie radioterapii onkologicznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie konsultacji specjalistycznych przez lekarza w zakresie radioterapii onkologicznej na rzecz pacjentów IPCZD ,zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.
KOD CPV: 85121100-4 - Ogólne usługi lekarskie
2. Zamówienie będzie wykonywane w siedzibie 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 miesięcznie przyjmując stawkę za konsultację.
5. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
6. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia kieruje się kryterium ceny - Oferent otrzyma największą liczbę punktów za najniższą cenę oferty, w kryterium jakości Oferent otrzyma największą liczbę punktów na podstawie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takich jak: publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor główny/współautor w zakresie posiadanych specjalizacji.

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	98 punktów	Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,98
2.	Jakość	2 punkty	Publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor lub współautor w zakresie posiadanych specjalizacji ¹ : A. Brak publikacji – 0 punktów B. 1-3 publikacje w czasopismach – 1 punkt C. Więcej niż 3 publikacje w czasopismach – 2 punkty

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakości.

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

¹ Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.



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

„Konkurs ofert na udzielanie konsultacji specjalistycznych przez lekarza w zakresie radioterapii onkologicznej na rzecz pacjentów IPCZD” nr sprawy OM/CZD/10/21.

Nie otwierać przed dniem 17.08.2021r., przed godziną 12.00.”

Oferty należy składać do dnia 17.08.2021r. 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.

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, Katarzyna Karczewska, tel. 22 815 11 18, e-mail: katarzyna.karczewska@ipczd.pl

Załączniki do Ogłoszenia:

- Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
- Wymagania stawiane oferentom (zał. nr 2),
- Formularz oferty (zał. nr 3),
- Formularz cenowy (zał. nr 4),
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5),
- Istotne postanowienia umowy (zał. nr 6),
- Informacja o zaproponowanych kryteriach oceny ofert (zał. nr 7)

.....
podpis Udzielającego Zamówienie



Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia

Przedmiotem konkursu jest udzielanie konsultacji specjalistycznych z zakresu radioterapii onkologicznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia”.

Szczegółowy zakres zamówienia:

1. Zapoznanie się z dokumentacją medyczną (historia choroby) i radiologiczną (badania obrazowe na nośnikach CD) pacjenta.
2. Ocena badań diagnostycznych pod kątem planowanego leczenia napromienianiem.
3. Kwalifikacja do radioterapii zgodnie z obowiązującymi protokołami leczenia.
4. Zaproponowanie optymalnych dla danego pacjenta terminów przygotowania do radioterapii celem rozpoczęcia leczenia.
5. Dokonanie odpowiedniego wpisu w dokumentacji pacjenta.
6. Uczestnictwo w pracach konsylium lekarskiego zwoływanego przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.
7. Termin realizacji umowy: 01.09.2021 – 30.08.2023.
8. Zamówienie będzie udzielane przez 1 osobę.



Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

Ogłoszenie na udzielanie konsultacji specjalistycznych z zakresu radioterapii onkologicznej
na rzecz pacjentów IPCZD

Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie:

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

- 1.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza,
- 1.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu radioterapii onkologicznej;
- 1.3. Oświadczenie Oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 1.4. Oświadczenie Oferenta, iż posiada 2 lata doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 1.5. Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takie jak: publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor główny/współautor w zakresie posiadanych specjalizacji (kryterium pn. jakość) osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w Załączniku nr 4.1.

2. W przypadku osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie):

- 2.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza,
- 2.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu radioterapii onkologicznej;
- 2.3. Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 2.4. Oświadczenie Oferenta, iż posiada 2 lata doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 2.5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 2.6. wypis z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie radioterapia onkologiczna lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie radioterapia onkologiczna lub

98 – indywidualna praktyka lekarza w dziedzinie radioterapia onkologiczna lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza radioterapia onkologiczna;

- 2.7. Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takie jak: publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor główny/współautor w zakresie posiadanych specjalizacji (kryterium pn. jakość) osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w Załączniku nr 4.1.



2.8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

3. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie):

- 3.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 3.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu endokrynologii i pediatrii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 3.3. Oświadczenie oferenta, iż osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.4. Oświadczenie Oferenta, iż posiada 2 lata doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.5. Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takie jak: publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor główny/współautor w zakresie posiadanych specjalizacji (kryterium pn. jakość) osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w Załączniku nr 4.1.
- 3.6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 3.7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

- w Rubryce 15. Rodzaj działalności leczniczej

3- Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

- 97 – grupowa praktyka lekarska,

Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

4. W przypadku podmiotów leczniczych:

- 4.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 4.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu endokrynologii i pediatrii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 4.3. Oświadczenie oferenta, iż osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;



- 4.4. Oświadczenie Oferenta, iż posiada 2 lata doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 4.5. Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takie jak: publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor główny/współautor w zakresie posiadanych specjalizacji (kryterium pn. jakość) osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w Załączniku nr 4.1.
- 4.6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 4.7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące:

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

- w rubryce 26. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

HC.1.3.3 Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne

44 Endokrynologia

- 4.8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25, ust. 1, pkt. 1 Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 100.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

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. wykaz personelu- zał. nr 4.1. do Ogłoszenia- dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych
- 5.4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia- 5a: dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich, 5b: dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych

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



Formularz oferty

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

Udzielanie konsultacji specjalistycznych przez lekarza w zakresie radioterapii onkologicznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Dane oferenta

Imię i Nazwisko/Firma.....

Nazwisko rodowe.....

Imiona rodziców.....

Numer PESEL

Seria i numer dowodu osobistegowydany przez

Adres.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres

siedziby/zamieszkania):.....

Telefon:..... Fax:.....

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

REGON*:

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (jeśli dotyczy):

.....

Numer wpisu do rejestru KRS i organ prowadzący (jeśli dotyczy):

.....

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentem.
2. Zapoznał się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 3 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłasza do nich żadnych uwag.
3. Podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będzie pozostawał /Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
4. Dane zawarte w złożonych dokumentach, są aktualne na dzień składania ofert.
5. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne**.
6. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.3. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
7. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **2 lata doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.4. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
8. Spełnia wszystkie warunki stawiane oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
9. 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 prawa zawodu lekarza		
2	Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu radioterapii onkologicznej		
3	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
4	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
5	Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej		
6	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
7	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
8	Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych		
9	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia) - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich		
10	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych		
11	Inne- wymieniń jakie		

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Oferenta



Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

Formularz cenowy

Kryterium: cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić)

Nazwa świadczenia	Cena za konsultację w PLN brutto	Planowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy	Wartość Zamówienia brutto (PLN)
	1 (Wypełnia Oferent)	2	3=1x2 (Wypełnia Oferent)
Konsultacje specjalistyczne w zakresie radioterapii onkologicznej PLN słownie:	288 PLN słownie:

Kryterium : jakość - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

Oświadczam, iż jestem / osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji²:

A.	Brak publikacji w czasopismach	<input type="checkbox"/>
B.	1-4 publikacje w czasopismach	<input type="checkbox"/>
C.	Więcej niż 5 publikacji w czasopismach	<input type="checkbox"/>

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

Udzielający Zamówienia informuje, że każda zmiana w formularzu cenowym będzie skutkowałą odrzuceniem oferty.

.....
(data i podpis Oferenta)

² Udzielający zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.



Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia

Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X).

L.p.	Oferent	Jakość		
	Imię i nazwisko	Oświadczam, iż osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych zamówieniem <u>nie jest</u> autorem lub współautorem publikacji w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji - <u>brak publikacji</u>	Oświadczam, iż osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych zamówieniem <u>jest</u> autorem lub współautorem publikacji w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji - <u>od 1 do 4 publikacji w czasopiśmie</u>	Oświadczam, iż osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych zamówieniem <u>jest</u> autorem lub współautorem publikacji w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji - <u>Więcej niż w 5 publikacjach w czasopiśmie</u>
		należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X		
1.				

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia jest autorem lub współautorem publikacji w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakości.

(podpis Oferenta)



Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

5a

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich

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.U.E.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.....

LUB

5b

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy podmiotów leczniczych

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.U.E.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis