



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

**Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii 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 godzinę.
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 jakość punkty przyznawane będą za publikację w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji jako autor lub współautor. Jeżeli Oferent potwierdzi w formularzu ofertowym publikację prac naukowych w 5 i więcej czasopismach otrzyma 2 punkty, w przypadku publikacji od 1 do 4 otrzyma 1 punkt, za brak publikacji otrzyma 0pkt. W kryterium dostępność punkty będą przyznawane za deklarację gotowości do wykonywania świadczeń. Jeśli Oferent potwierdzi w formularzu cenowym gotowość 3-4 dni w tygodniu otrzyma 2 punkty, jeśli wskaże 1-2 dni w tygodniu, otrzyma 1 punkt.

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	96 punktów	Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,96
2.	Jakość	2 punkty	Publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor lub współautor w zakresie posiadanych specjalizacji <sup>1</sup> :  A. Brak publikacji – 0 punktów B. 1-3 publikacje w czasopismach – 1 punkt C. Więcej niż 3 publikacje w czasopismach – 2 punkty
3.	Dostępność	2 punkty	Deklarowana gotowość do udzielania świadczeń:  A. 1-2 dni w tygodniu - 1 punkt B. 3- 4 dni w tygodniu - 2 punkty

<sup>1</sup> Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.



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

*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o deklarowanej liczbie dni do przepracowania tygodniowo, Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent deklaruje wybór opcji A: 1 - 2 dni w tygodniu.*

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 na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii na rzecz pacjentów IPCZD” nr sprawy OM/CZD/11/21.**

**Nie otwierać przed dniem 06.09.2021r., przed godziną 12.00.”**

**Oferty należy składać do dnia 06.09.2021r. do godz. 12.00** w siedzibie Zamawiającego w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesać 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](mailto: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 ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia”.

Szczegółowy zakres zamówienia:

- Świadczenia będą udzielane w Poradni Dermatologicznej Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka",
- Świadczenia będą udzielane w liczbie 1-2 dni w tygodniu / 3- 4 dni w tygodniu (*niepotrzebne skreślić*)
- Termin realizacji umowy: od 01.10.2021r. do 30.09.2022r.
- Wymiar czasu pracy wynosi maksymalnie 112 godzin miesięcznie
- Zamówienie będzie udzielane przez 1 osobę.



**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

Ogłoszenie na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii  
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 dermatologii;
- 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 doświadczenie w pracy z dziećmi min. 5 lat - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

**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 dermatologii;
- 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 doświadczenie w pracy z dziećmi min. 5 lat - 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:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie dermatologia i wenerologia lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie dermatologia i wenerologia lub

98 – indywidualna praktyka lekarska w dziedzinie dermatologia i wenerologia lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie dermatologia i wenerologia;

2.7. 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 dermatologii 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 wyznaczona przez Oferenta osoba posiada doświadczenie w pracy z dziećmi min. 5 lat - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 3.6. 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:

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

3 - Ambulatoryjne świadczenie 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 dermatologii 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 doświadczenie w pracy z dziećmi min. 5 lat - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 4.5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 4.6. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące:

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

- w rubryce 28. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie pomiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych
- 3 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej
- HTC 1.3.3 – Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne



- 4.7. 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 – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 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 lub 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 ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie dermatologii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Dane oferenta**

Imię i Nazwisko/Firma.....

Nazwisko rodowe.....

Imiona rodziców.....

Numer PESEL .....

Seria i numer dowodu osobistego .....wydany 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.czdz.pl](http://www.czdz.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 doświadczenie **w pracy z dziećmi min. 5 lat** – 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 dermatologii i wenerologii		
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- wymienić jakie .....		

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Oferenta





Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

Formularz cenowy

Kryterium: cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić)

Nazwa świadczenia	Cena za godzinę udzielania świadczeń w PLN brutto	Miesięczna liczba godzin do przepracowania	Czas trwania umowy	Wartość Zamówienia brutto (PLN)
	1 (Wypełnia Oferent)	2	3	4=1x2x3 (Wypełnia Oferent)
Udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w zakresie dermatologii	..... PLN słownie: ..... .....	112	12 miesięcy	..... PLN słownie: ..... .....

Kryterium : jakość (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 specjalizacji<sup>2</sup>:

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.

Kryterium : dostępność (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

Oświadczam, iż deklaruję/osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem, gotowość do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w liczbie:

A.	1 - 2 dni w tygodniu	<input type="checkbox"/>
B.	3 - 4 dni w tygodniu	<input type="checkbox"/>

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o deklarowanej liczbie dni do przepracowania tygodniowo, Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent deklaruje wybór opcji A: 1 - 2 dni w tygodniu.

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

.....  
(data i podpis Oferenta)

<sup>2</sup> 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.	Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem

**(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.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.....

**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.UE.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 .....