

Znak sprawy: KJ.272/K/5/2022

OŚWIADCZENIA OFERENTA

- I. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych przez **asystenta Oddziału Rehabilitacyjnego w Kochcicach** oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o w/w konkursie ofert oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- II. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.
- III. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w SWK i w ofercie wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego.
- IV. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:
 1. wszystkie umowy zawarte z podmiotami leczniczymi w zakresie objętym przedmiotem zamówienia były i są realizowane przez
 -
(nazwa Wykonawcy) należycie,
 2. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec
 -
(nazwa Wykonawcy), skarg odnoszących się do realizacji umów z podmiotami leczniczymi.
- V. Oświadczam, że w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, nie została rozwiązana ze mną przez Oddział Wojewódzki Funduszu Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po mojej stronie.
- VI. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- VII. Oświadczam, że nie zalegam w płaceniu podatków, opłat i składek na ubezpieczenie.
- VIII. Oświadczam, iż akceptuję wymagania Udzielającego Zamówienia określone w Szczegółowych Waunkach Konkursu i przyjmując zamówienie zobowiązuję się do ich spełnienia.
- IX. Oświadczam, iż przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przeze mnie wykonywanych.

- X. Oświadczam, iż posiadam pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli opinia taka jest dla takiego podmiotu wymagana.

.....
Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania
Przyjmującego Zamówienie



Data

Samodzielny Publiczny
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej
im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

INFORMACJA DOTYCZĄCA MONITORINGU

W Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich stosowane są następujące formy monitoringu:

1. MONITORING POCZTY ELEKTRONICZNEJ

- 1) cel stosowania monitoringu: zapewnienie organizacji pracy umożliwiającej pełn wykorzystanie czasu pracy oraz właściwe użytkowanie udostępnionych Pracownikowi narzędzi pracy (tj. skrzynki e-mail),
- 2) zakres stosowania monitoringu: dostęp do zasobów skrzynki e-mail pracownika, pozwalający w szczególności na zapoznanie się z danymi adresatów i nadawców wiadomości, datą i godziną ich wysłania oraz treścią wiadomości,
- 3) sposób stosowania monitoringu:
 - poczta elektroniczna monitorowana jest wyłącznie w momencie zagrożenia lub zgłoszenia osoby uprawnionej do dostępu,
 - monitoring możliwy jest poprzez
 - dostęp do komputera na którym personel korzysta z poczty,
 - dostęp poprzez zmianę hasła do poczty pracownika,
 - skorzystanie z archiwum poczty do stanu sprzed 30 dni,
 - brak zastosowania technologii pozwalających na automatyczną analizę treści wysyłanych lub otrzymywanych wiadomości e-mail ani innych technologii pozwalających na automatyczną analizę zasobu skrzynek e-mail pracowników,
 - dostęp do zasobów skrzynki e-mail pracownika posiada Dyrektor Szpitala, osoby posiadające status administratora systemu informatycznego oraz inne osoby upoważnione przez Dyrektora a także podmioty uprawnione do takiego dostępu na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (np. policja).

2. MONITORING SYSTEMÓW KOMPUTEROWYCH

- 1) cel stosowania monitoringu: zapewnienie organizacji pracy umożliwiającej pełne wykorzystanie czasu pracy oraz właściwe użytkowanie udostępnionych Pracownikowi narzędzi pracy (tj. laptopa, komputera stacjonarnego),
- 2) zakres stosowania monitoringu: dostęp do zasobów systemów komputerowych, pozwalający w szczególności na zapoznanie się z wszelkimi danymi przechowywanymi na

komputerach, związanymi ze zgłoszeniem, w tym z plikami tekstowymi, graficznymi, video, pocztą przechowywaną przez klienta poczty elektronicznej, zainstalowanym oprogramowaniem,

3) sposób stosowania monitoringu:

- monitoring stosowany wyłącznie w momencie zdarzenia, wymagającego dostępu do komputera (np. zgłoszenie pracownika o problemie z działaniem aplikacji lub z zgłoszenie osoby uprawnionej do dostępu) – dostęp do komputera następuje poprzez zdalne połączenie lub bezpośrednio,
- w sposób ciągły monitorowane jest zainstalowane na poszczególnych komputerach oprogramowanie - aplikacja do monitorowania zainstalowanego oprogramowania pozwala na wgląd w bieżący stan każdego komputera w szpitalu,
- brak zastosowania technologii pozwalających na automatyczną analizę zasobów systemów komputerowych,
- dostęp do zasobów komputerów posiada Dyrektor Szpitala, osoby posiadające status administratora systemu informatycznego oraz inne osoby upoważnione przez Dyrektora a także podmioty uprawnione do takiego dostępu na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (np. policja).

3. MONITORING AKTYWNOŚCI W SIECI

1) cel stosowania monitoringu: zapewnienie organizacji pracy umożliwiającej pełne wykorzystanie czasu pracy oraz właściwe użytkowanie udostępnionych Pracownikowi narzędzi pracy (tj. laptopa, komputera stacjonarnego, smartfonu, tabletu),

2) zakres stosowania monitoringu: monitorowanie działań pracownika (logów) w systemach informatycznych dziedzinowych (w szczególności systemy kadrowo – płacowe, systemy medyczne), monitorowanie przeglądanych stron w Internecie na poszczególnych komputerach (w tym monitorowanie rozmiaru przesyłanych i odbieranych danych),

3) sposób stosowania monitoringu:

- monitoring stosowany jest w sposób ciągły,
- brak zastosowania technologii pozwalających na automatyczną analizę treści odczytywanych przez pracownika oraz podejmowanej aktywności w sieci ani innych technologii pozwalających na automatyczną analizę aktywności w sieci,
- dostęp do danych z monitoringu posiada Dyrektor Szpitala, osoby posiadające status administratora systemu informatycznego oraz inne osoby upoważnione przez Dyrektora a także podmioty uprawnione do takiego dostępu na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (np. policja),
- okres przechowywania logów na UTM (urządzenie zapewniające logowanie całego ruchu w sieci, w tym rodzaju przeprowadzanych czynności) w zależności od intensywności ruchu sieciowego wynosi około 30 dni (najstarsze logi są nadpisywane przez nowe), natomiast okres przechowywania logów systemów dziedzinowych jest tożsamy z okresem przechowywania dokumentacji przetwarzanej w danym

systemie, wynikającym z przepisów prawa oraz z Jednolitego rzeczowego wykazu akt,

- przedłużenie okresu przechowywania logów może nastąpić w przypadku, kiedy stanowią one dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub powzięto wiadomość, iż mogą stanowić dowód w postępowaniu – przedłużenie przechowywania logów może mieć miejsce wyłącznie do czasu prawomocnego zakończenia postępowania,
- po upływie okresu przechowywania logi są usuwane.

Imię i nazwisko: Data urodzenia.....

.....

data

.....

podpis

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(stanowisko)

.....

(Komórka organizacyjna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Polityką antykorupcyjną, obowiązującą w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich i zobowiązuje się do przestrzegania i stosowania zasad oraz postanowień w niej zawartych.

.....

(data i podpis)

SP Wojewódzki Szpital Chirurgii
Urazowej im. dr Janusza Daaba
41-940 Piekary Śląskie
ul. Bytomska 62

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
nazwa Przyjmującego Zamówienie

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na dokonywanie kompensat
wzajemnych należności i zobowiązań**

Wyrażam zgodę na dokonywanie kompensat z tytułu wzajemnych należności i zobowiązań
począwszy od miesiąca

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie



**Samodzielny Publiczny
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej
im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na nieopłatne wykorzystanie zdjęć zawierających mój wizerunek przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba z siedzibą w Piekarach Śląskich ul. Bytomska 62, dla potrzeb sporządzenia monografii Szpitala, prowadzenia strony internetowej Szpitala oraz innych celów związanych z promocją Szpitala.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowana/y, iż w przypadku wyrażania zgody, mam prawo wycofać zgodę w każdym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....

data

.....

podpis

Podstawa prawna:

1. Art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych,
2. Art. 6 ust. 1 lit a., art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Dane Przyjmującego Zamówienie:

.....
imię, nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
specjalizacja

OŚWIADCZENIE*

1. Oświadczam, że udzielam świadczeń zdrowotnych w ramach ww. specjalizacji w następujących podmiotach leczniczych (poradnie, szpitale itp.) posiadających kontakt z NFZ w następujących dniach i godzinach:

-

i nie wystąpi konflikt w harmonogramie pracy w tut. podmiocie leczniczym.

Jednocześnie oświadczam, że każda zmiana w harmonogramie zostanie niezwłocznie zgłoszona Udzielającemu Zamówienia.

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie

2. Oświadczam, że nie udzielam świadczeń zdrowotnych w ramach ww. specjalizacji w innych podmiotach leczniczych posiadających kontakt z NFZ w dniach i godzinach zatrudnienia w tut. podmiocie leczniczym.

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie

* należy wypełnić i podpisać właściwy punkt

Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych

na miesiąc 20..... r.

Data	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od 7:25 do 15:00	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od 15:00 do 7:25	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni wolne od pracy od 7:25 do 7:25 dnia następnego

Podpis osoby udzielającej świadczenia zdrowotne

Podpis
Lekarza Kierującego Oddziałem

.....

.....

Potwierdzenie realizacji świadczeń zdrowotnych

w miesiącu 20..... r.

Lp.	Data	Godziny świadczenia usług		Miejsce świadczenia usług (oddział)
		od	do	

Podpis osoby udzielającej
świadczenia zdrowotne

Podpis
Lekarza Kierującego Oddziałem

.....

.....