

Znak sprawy: KJ.272/K/6/2022

Przedmiotem zamówienia jest usługa w zakresie opieki medycznej – zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarza specjalistę w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w liczbie godzin i cenie:

L.p.	Lekarz, specjalizacja	Szacunkowa liczba godzin	Cena jednostkowa w zł	Wartość brutto w zł
1	Lekarz specjalista z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	1426 godzin świadczenia usług medycznych w dni powszednie od godz. 7.25 do 15.00		
2		295 godzin świadczenia usług medycznych w postaci dyżurów lekarskich w dni robocze 15.00 do 7.25 dnia następnego		
3		216 godzin świadczenia usług medycznych w postaci dyżurów lekarskich w dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta) od godz. 7:25 do 7:25 dnia następnego (24h)		
	RAZEM			

Realizacja w terminie: od daty zawarcia umowy do dn. 31.05.2023 r.

Wymagania:

Wymagane doświadczenie w leczeniu urazów układu kostno – stawowego narządu ruchu oraz w wykonywaniu zabiegów rekonstrukcyjnych, ortopedycznych.

Do zakresu obowiązków lekarza specjalisty należy m. in.:

1. Repozycja i stabilizacja złamań w obrębie miednicy ze stabilizacją zewnętrzną.
2. Repozycja i stabilizacja złamań kości długich ze stabilizacją wewnętrzną (zespolecia śródspikowe metodą wewnętrzną oraz zewnętrzną z użyciem stabilizatorów i opatrunków gipsowych).
3. Artroskopie stawu biodrowego, kolanowego, skokowego.
4. Endoprotezoplastyka stawów.
5. Zabiegi operacyjne w obrębie kręgosłupa.
6. Zabiegi naprawcze w zakresie uszkodzeń aparatu ścięgno – mięśniowo więzadłowego.
7. Zabiegi naprawcze w zakresie uszkodzonych nerwów obwodowych.
8. Artroskopie stawu barkowego i łokciowego.
9. Repozycje i stabilizacje złamań sposobem płytkowym na otwarcie.

10. Drenaż klatki piersiowej, tracheostomia.
11. Wypełnianie dokumentacji medycznej.
12. Inne świadczenia w razie potrzeb.
13. Zaopatrywanie złamań w obrębie kończyn górnych i dolnych oraz kręgosłupa.
14. Stabilizacja opatrunków gipsowych oraz opatrunków syntetycznych.
15. Zakładanie wyciągów szkieletowych w zakresie kończyn górnych i dolnych.
16. Zakładanie wyciągu Crutchfielda.
17. Zaopatrywanie ran powierzchniowych.
18. Reanimacja i resuscytacja.
19. Umiejętność odprowadzania zwichnięć stawów.
20. Zakładanie drenażu jamy opłucnowej klatki piersiowej.
21. Zaopatrzenie uszkodzeń struktur nerwowych i ścięgniętych.
22. Prowadzenie dokumentacji medycznej w systemie Mediquis.
23. Zakładanie historii choroby, wypisywanie kart wypisowych z Izby Przyjęć.
24. Wykonywanie i asystowanie przy zabiegach operacyjnych.
25. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach urazowo-ortopedycznych.
26. Leczenie i wprowadzanie środków zaradczych w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego.
27. Określenie rozpoznania klinicznego zakażenia szpitalnego wg klasyfikacji ICD10.
28. Zgłaszanie zakażeń do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
29. Zgłaszanie chorób zakaźnych oraz zgonów z powodu chorób zakaźnych do Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
30. Udział w zespołach jakości funkcjonujących w ramach Szpitala.

Do obowiązków Przyjmującego Zamówienie w szczególności należy:

1. Współpraca z Lekarzem Kierującym Oddziałem i Koordynatorem Odcinka w zakresie prawidłowego toku pracy pod względem medycznym, administracyjnym, organizacyjnym.
2. Zapewnienie pacjentom kompleksowej i ciągłej opieki medycznej.
3. Stałe podnoszenie swoich kwalifikacji poprzez udział w szkoleniach wewnętrznych, jak i zewnętrznych.
4. Bieżące informowanie Lekarza Kierującego Oddziałem i Koordynatora Odcinka o stanie zdrowia pacjentów przebywających na oddziale / odcinku oraz innych istotnych sprawach związanych z działalnością oddziału / odcinka.
5. Składanie ustnych raportów Lekarzowi Kierującemu Oddziałem, jego Zastępcy lub Koordynatorowi Odcinka o stanie zdrowia pacjentów.
6. Wprowadzanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia i poprawy jakości pracy w oddziale / odcinku za zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem lub jego Zastępcy lub Koordynatora Odcinka.

7. Informowanie pacjentów o stanie ich zdrowia.
8. Uzupelnianie bieżące historii choroby pacjentów oraz innej wymaganej dokumentacji.
9. Realizacja powierzonych zadań przez Lekarza Kierującego Oddziałem i Koordynatora Odcinka.
10. Przekazywanie fachowej wiedzy młodszym kolegom.
11. Udział w odprawach i obchodach lekarskich.
12. Udział w prowadzeniu gospodarki krwi w oddziale oraz leków.
13. Współpraca z innymi oddziałami, komórkami, działami.
14. Przestrzeganie zasad i realizację zadań wynikających z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.
15. Uczestnictwo w programach jakości realizowanych na rzecz pacjenta.

Miejsce wykonywania świadczeń:

Oddział Urazowo-Ortopedyczny, Oddział Rehabilitacyjny – Kochcice, Zespół Sal Operacyjnych, Poradnia Urazowo-Ortopedyczna oraz Izba Przyjęć Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie.

Liczba osób:

Zamawiający udzieli zamówienia 1 lekarzowi specjaliście w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny.

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

Znak sprawy: KJ.272/K/6/2022

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość dnia

FORMULARZ OFERTOWY

Oferta

dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej
im. dr. Janusza Daaba
w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie

I. DANE OFERENTA:

Nazwa Oferenta

Siedziba Oferenta

NIP..... Regon

Tel. e-mail:

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

.....

II. TERMIN REALIZACJI:

Od daty zawarcia umowy do dn. 31.05.2023 r.

III. Rola w realizacji zadania:

IV. Imienny wykaz osób biorących udział w realizacji zamówienia:

L. p.	Imię, nazwisko osoby biorącej udział w realizacji zamówienia
1.	

V. CENA:

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/6/2022 w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych przez lekarza specjalistę z ortopedii i traumatologii narządu ruchu za cenę łącznie (zgodnie z sumą z zał. nr 1):

..... (słownie).....

w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty stanowi wartość pomocniczą do porównania ofert, maksymalną wartość umowy określa Zamawiający w treści umowy, ceny jednostkowe przyjęte do wyliczenia ceny brutto oferty stanowią podstawę rozliczeń między Stronami.

VI. JAKOŚĆ:

1. Podkryterium a:

Doświadczenie zawodowe: liczba pełnych lat posiadania specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.
poniżej 3 lat	
od 3 do 10 lat	
powyżej 10 lat	

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za podkryterium a:

- poniżej 3 lat – 0 pkt.
- od 3 do 10 lat – 10 pkt.
- 10 lub więcej lat – 15 pkt.

2. Podkryterium b:

Doświadczenie w wykonywaniu zabiegów operacyjnych z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu wyrażone sumą liczby przeprowadzonych zabiegów operacyjnych jako operator i ½ liczby zabiegów jako asysta wynikająca z dostarczonego zaświadczenia.*	Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.
doświadczenie poniżej 30 zabiegów	
doświadczenie od 30 do 50 zabiegów	
doświadczenie powyżej 50 zabiegów	

- * Zaświadczenie winno być dostarczone z podmiotu leczniczego posiadającego umowę o świadczenie usług zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w którym to Oferent był zatrudniony w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (1.08.2021 – 31.07.2022), a okres poddany analizie obejmuje sumę liczby zabiegów ze wskazanych przez Oferenta 3 miesiącach tego okresu następujących po sobie.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za podkryterium b:

- doświadczenie poniżej 30 zabiegów – 0 pkt.
- doświadczenie od 30 do 50 zabiegów – 10 pkt.
- doświadczenie powyżej 50 zabiegów – 20 pkt.

VII. KOMPLEKSOWOŚĆ:

Kwalifikacje zawodowe	Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.
posiadanie tytułu naukowego co najmniej dr. n. med.	
brak tytułu naukowego co najmniej dr. n. med.	

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

- Posiadanie tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 10 pkt.
- Brak tytułu naukowego co najmniej dr. n. med. – 0 pkt.

VIII. DOSTĘPNOŚĆ:

1. Podkryterium a:

Doświadczenie w pracy na oddziałach przeznaczonych do hospitalizacji pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2 wyrażona złożonym wraz z ofertą zaświadczeniem z podmiotu leczniczego	Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.
złożone zaświadczenie w ofercie	
brak zaświadczenia w ofercie	

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za podkryterium a:

- złożone zaświadczenie w ofercie o doświadczeniu w pracy na oddziale przeznaczonym do hospitalizacji pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2 – 10 pkt.
- brak zaświadczenia w ofercie o doświadczeniu w pracy na oddziale przeznaczonym do hospitalizacji pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2 – 0 pkt.

2. Podkryterium b:

Gotowość podjęcia dyżurów medycznych w podmiocie leczniczym wyrażona złożonym wraz z ofertą zaświadczeniem z dotychczas zatrudniającego podmiotu leczniczego posiadającego umowę z NFZ, potwierdzające, że Oferent podejmował dyżury medyczne w ostatnich 6 miesiącach	Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.
złożone zaświadczenie w ofercie	
brak zaświadczenia w ofercie	

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za podkryterium b:

- złożone zaświadczenie w ofercie – 20 pkt.
- brak zaświadczenia w ofercie – 0 pkt.

IX. CIĄGŁOŚĆ:

Znajomość obsługi HIS Mediquis	Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.
Tak	
Nie	

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

- Znajomość obsługi HIS Mediquis – 5 pkt.
- Brak znajomości obsługi HIS Mediquis – 0 pkt.

X. Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne:

Jedna osoba.

XI. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:

- Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Do dyspozycji:, jednakże zgodnie z harmonogramem w oddziale.

- Sposób przyjmowania zgłoszeń:

- Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

.....

XII. OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców stanowimy*:

- a) mikroprzedsiębiorstwo,
- b) przedsiębiorstwo małe,
- c) przedsiębiorstwo średnie,
- d) przedsiębiorstwo duże.

*zakreślić właściwe

Powyższe oświadczenie wynika z Zalecenia Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącego definicji mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.

Ww. informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

- a) **Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR.**
- b) **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR.**
- c) **Średnie przedsiębiorstwa:** przedsiębiorstwa, **które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.**
- d) **Duże przedsiębiorstwa:** przedsiębiorstwa nie ujęte powyżej, które **zatrudniają więcej niż 250 osób** i których **roczny obrót przekracza 50 milionów EUR i/lub roczna suma bilansowa przekracza 43 milionów EUR.**

*** Pkt. III – XII należy wypełnić w razie potrzeby według wzoru powyższej – powielić tyle razy, do ilu pakietów Oferent przystępuje.*

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

Znak sprawy: KJ.272/K/6/2022

OŚWIADCZENIA OFERENTA

- I. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych przez **lekarza specjalistę z ortopedii i traumatologii narządu ruchu** 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

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

Piekary Śląskie, dnia

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że w okresie od do Wnioskodawca:

.....

imię i nazwisko

zatrudniony w Oddziale urazowo-ortopedycznym wykonał następującą liczbę zabiegów operacyjnych:

..... - operator;

..... - asysta.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Wnioskodawcy.

.....

podpis osoby uprawnionej
do wystawienia zaświadczenia

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

Piekary Śląskie, dnia

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Wnioskodawca:

.....
imię i nazwisko

podejmował realizację świadczeń zdrowotnych na oddziale przeznaczonym do hospitalizacji pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-Cov-2 w podmiocie leczniczym.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Wnioskodawcy.

.....
podpis osoby uprawnionej
do wystawienia zaświadczenia

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

Piekary Śląskie, dnia

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że w okresie od do Wnioskodawca:

.....

imię i nazwisko

podejmował dyżury medyczne zgodnie z harmonogramem i potrzebami podmiotu
leczniczego.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Wnioskodawcy.

.....

podpis osoby uprawnionej
do wystawienia zaświadczenia



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 WIZYJNY

- 1) cel stosowania monitoringu: zapewnienie bezpieczeństwa pracowników, ochrona mienia Pracodawcy oraz zachowanie w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić Pracodawcę na szkodę,
- 2) zakres stosowania monitoringu obejmuje: drogę wjazdową do szpitala, drogi wewnętrzne oraz parkingi znajdujące się na terenie Szpitala, wejścia do budynków. Ponadto systemem monitoringu wizyjnego objęty jest również obszar znajdujący się wewnątrz budynków Szpitala: poczekalnie w Poradniach Specjalistycznych, obszar Izby Przyjęć (z wyłączeniem gabinetów i pokoiów badań), korytarze w okolicach windy znajdującej się przy głównym wejściu do Szpitala, korytarze oddziałów szpitalnych, korytarz przy serwerowni znajdującej się przed Zakładem Diagnostyki Obrazowej, wejścia do magazynów, punkty rejestracji czasu pracy (korytarz przed Izbą Przyjęć, portiernia). Monitorowaniem nie są objęte w szczególności pomieszczenia sanitarne, szatnie, stołówki, pomieszczenia udostępniane zakładowym organizacjom związkowym
- 3) sposób stosowania monitoringu:
 - rejestrowanie wyłącznie obrazu, bez rejestrowania dźwięku,
 - brak zastosowania technologii pozwalających na identyfikację twarzy czy innych cech charakterystycznych osoby ani innych technologii pozwalających na automatyczną analizę danych pozyskanych poprzez monitoring,
 - monitoring prowadzony jest całodobowo,
 - monitoring może być wykorzystywany przez stały podgląd wykonywany przez pracowników portierni i ochrony,
 - dostęp do nagrań 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),
 - nagrania z monitoringu przechowywane są przez okres maksymalnie 10 dni od dnia nagrania (najstarsze nagrania są nadpisywane przez nowe), z zastrzeżeniem przedłużenia tego okresu w przypadku, kiedy nagrania obrazu stanowią dowód

w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Pracodawca powziął wiadomość, iż mogą stanowić dowód w postępowaniu,

- przedłużenie przechowywania nagrań monitoringu może mieć miejsce wyłącznie do czasu prawomocnego zakończenia postępowania,
- po upływie okresu przechowywania nagrania są usuwane,
- pomieszczenia i teren monitorowany są odpowiednio oznaczone.

2. 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).

3. 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 głoszenie 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).

4. 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.

5. MONITORING ROZMÓW TELEFONICZNYCH

- 1) cel stosowania monitoringu: podniesienie bezpieczeństwa i poprawy jakości obsługi interesantów, zapewnienie organizacji pracy umożliwiającej pełne wykorzystanie czasu pracy oraz kontrola sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) zakres stosowania monitoringu: nagrywanie rozmów prowadzonych z telefonów stacjonarnych wychodzących poza Szpital i przychodzących do Szpitala,
- 3) sposób stosowania monitoringu:
 - monitoring stosowany jest w sposób ciągły,
 - brak stosowania technologii pozwalających na automatyczną analizę prowadzonych rozmów, np. powiadomień o zastosowaniu określonych słów czy wyrażeń,
 - dostęp do nagrań rozmów posiada Dyrektor Szpitala, osoby posiadające status administratora systemu oraz inne osoby upoważnione przez Dyrektora, a także podmioty uprawnione do takiego dostępu na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (np. policja),
 - nagrania przechowywane są przez okres maksymalnie 4 miesiące (najstarsze nagrania są nadpisywane przez nowe) od dnia nagrania z zastrzeżeniem przedłużenia tego okresu w przypadku, kiedy nagrania stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub powzięto wiadomość, iż mogą stanowić dowód w postępowaniu,
 - przedłużenie przechowywania nagrania rozmowy telefonicznej może mieć miejsce wyłącznie do czasu prawomocnego zakończenia postępowania,
 - po upływie okresu przechowywania nagrania są usuwane,
 - informacja o nagrywaniu rozmów jest podawana automatycznie po zestawieniu połączenia.

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 zobowiązuję 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 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.

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

.....

Pieczętka 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

.....

Pieczętka 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	Miejsce świadczenia usług (Oddział, Zespół Sal Operacyjnych, Izba Przyjęć, Poradnie Specjalistyczne)

Podpis osoby udzielającej świadczenia zdrowotne

Podpis Lekarza Kierującego Oddziałem /Koordynatora Odcinka, Kierowników komórek organizacyjnych Udzielającego Zamówienia

.....

.....

.....

.....

.....

Oddział

Zespół Sal Operacyjnych

Izba Przyjęć

Poradnie Specjalistyczne

Potwierdzenie realizacji świadczeń zdrowotnych

w miesiącu 20..... r.

Lp.	Data	Godziny świadczenia usług		Miejsce świadczenia usług (Oddział, Zespół Sal Operacyjnych, Izba Przyjęć, Poradnie Specjalistyczne)
		od	do	

Podpis osoby udzielającej
świadczenia zdrowotne

Podpis Lekarza Kierującego Oddziałem /Koordynatora Odcinka,
Kierowników komórek organizacyjnych Udzielającego Zamówienia
potwierdzający wykonanie świadczeń zdrowotnych

.....

.....

Oddział

.....

Zespół Sal Operacyjnych

.....

Izba Przyjęć

.....

Poradnie Specjalistyczne