



**Dane Udzielającego Zamówienia:**

**Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.**

Adres: 02-781 Warszawa, ul. rtm. Witolda Pileckiego 99

REGON: 1426268955 NIP:525-24-91-419

KRS 0000368174

Kapitał zakładowy 25.070.000,00 zł

Adres internetowy: [www.szpitalpoludniowy.pl](http://www.szpitalpoludniowy.pl)

e-mail: [kadry@szpitalpoludniowy.pl](mailto:kadry@szpitalpoludniowy.pl)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Dane Przyjmującego Zamówienie**

Nazwa Oferenta:.....

Adres zameldowania/siedziba firmy.....

.....

Adres e-mail.....

Nr tel.....

PESEL.....

NIP (jeśli dotyczy).....

REGON (jeśli dotyczy).....

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogłoszeniem o przedmiotach konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy oraz OWU i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
3. oświadcza, że nie toczy się i nie toczyło się przeciwko niemu postępowanie przed Okręgowym Sądem Lekarskim zakończone ukaraniem.

1. Oferuje następujące warunki cenowe brutto:







### 3) Poradnia Okulistyczna - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Poradni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako % iloczynu udokumentowanej liczby sprawozdanych i rozliczonych punktów NFZ w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden punkt. ....%.

### 4) Poradnia Ginekologiczno - Położnicza - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Poradni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako :

- a) % iloczynu udokumentowanej liczby sprawozdanych i rozliczonych punktów NFZ w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden punkt. ....%.
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....%.





### 5) Poradnia Chirurgii Ogólnej - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Poradni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako :

- a) % iloczynu udokumentowanej liczby sprawozdanych i rozliczonych punktów NFZ w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden punkt. ....%.
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....%.

### 6) Poradnia Proktologiczna - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Poradni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako :

- a) % iloczynu udokumentowanej liczby sprawozdanych i rozliczonych punktów NFZ w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden punkt. ....%.
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....%.





### 7) Poradnia Endokrynologiczna - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Poradni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako :

- a) % iloczynu udokumentowanej liczby sprawozdanych i rozliczonych punktów NFZ w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden punkt. ....%.
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....%.

### 8) Poradnia Onkologiczna - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Poradni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako :

- a) % iloczynu udokumentowanej liczby sprawozdanych i rozliczonych punktów NFZ w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden punkt. ....%.
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....%.
- c) Iloczyn wykonanych konsultacji onkologicznych w Oddziałach Szpitala i stawki za jedną konsultację. .... **zł**
- d) Iloczyn udziałów w konsylium DILO oraz stawki za udział w konsylium.....**zł**.





### 9) Pracownia USG - USG piersi - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Pracowni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako :

- a) iloczyn udokumentowanej liczby wykonanych badań USG piersi w ciągu miesiąca przez stawkę za jedno badanie wykonane w ramach NFZ. .... **zł.**
- b) iloczyn udokumentowanej liczby wykonanych badań USG piersi w ciągu miesiąca przez stawkę za jedno badanie wykonane w ramach komercji. .... **zł.**

### 10) Poradnia Gastroenterologiczna - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Poradni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako :

- a) % iloczynu udokumentowanej liczby sprawozdanych i rozliczonych punktów NFZ w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden punkt. ....**%.**
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....**%.**





### 11) Pracownia Endoskopii - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Pracowni.....

1) NFZ iloczyn udokumentowanych badań i stawki za jedno badanie :

- a) Gastroskopia diagnostyczna z testem urazowym - ..... **zł.**
  - b) Gastroskopia z biopsją (1 badanie hist-pat) - .....**zł.**
  - c) Gastroskopia z biopsją (więcej niż 1 badanie hist-pat) - ..... **zł.**
  - d) Kolonoskopia diagnostyczna - ..... **zł.**
  - e) Kolonoskopia z biopsją (1 badanie hist-pat) - ..... **zł.**
  - f) Kolonoskopia z polipektomią (pętla diatermiczna i badanie hist-pat) -.....**zł**
  - g) Sigmoidoskopia - ..... **zł.**
  - h) Tamowanie krwawienia z przewodu pokarmowego, APC terapia, PEG, opaskowanie żyłaków przełyku - ..... **zł**
  - i) Rektoskopia - .....**zł**
  - j) ECPW - .....**zł**
  - k) ECPW z protezowaniem dróg żółciowych protezą samorozprężalną - ..... **zł**
  - l) ECPW z rozszerzeniem dwunastnicy/lub dróg żółciowych balonem -..... **zł**
  - m) Protezowanie przewodu pokarmowego protezą samorozprężalną do ceny zabiegu podstawowego - .....**zł**
  - n) EUS diagnostyczny / diagnostyczny z biopsją -.....**zł**
  - o) Rozszerzanie balonem zwężeń przewodu pokarmowego -.....**zł**
  - p) Rozszerzanie balonem zwężeń przewodu pokarmowego z założeniem protezy rozprężalnej -.....**zł**
- 2) Komercja - % ceny świadczenia określonego w cenniku Szpitala - .....%.





## 12) Poradnia Neonatologiczna - lekarz

Oferent ma obowiązek wskazać deklarowane dni w tygodniu :

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Oferent ma obowiązek wskazać szacunkową deklarowaną miesięczną liczbę godzin w Poradni.....

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako :

- c) % iloczynu udokumentowanej liczby sprawozdanych i rozliczonych punktów NFZ w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden punkt. ....%.
- d) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....%.

### Zakres 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

Lekarz specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii	
Lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii	





**Zakres 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Zakładzie Diagnostyki  
Obrazowej:**

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako:

- 1) iloczyn udokumentowanej liczby wypracowanych godzin w ciągu miesiąca przez stawkę za jedną godzinę:

**Dyżur stacjonarny:**

Zakład Diagnostyki Obrazowej	od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 15:00	od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne
Lekarz specjalista	240,00 zł	<b>260,00 zł</b>
Lekarz w trakcie specjalizacji lub bez specjalizacji	100,00 zł	<b>100,00 zł</b>

**W ramach godzin dyżuru stacjonarnego Przyjmujący zamówienie ma obowiązek dokonania oceny i opisów wszystkich badań wykonywanych w Oddziałach Szpitala w czasie dyżuru.**

**Dyżur poza siedzibą Szpitala:**

Zakład Diagnostyki Obrazowej	od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 15:00	od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne
Lekarz specjalista	210,00 zł	<b>230,00 zł</b>
Lekarz w trakcie specjalizacji lub bez specjalizacji	100,00 zł	<b>100,00 zł</b>

**W ramach godzin dyżuru poza siedzibą Szpitala Przyjmujący zamówienie ma obowiązek dokonania oceny i opisów wszystkich badań wykonywanych w Oddziałach Szpitala w czasie dyżuru.**

- 2) iloczyn udokumentowanej liczby **ocenionych i opisanych badań TK i RM** (bez opisów stawów) **w ramach badań AOS i komercyjnych**, w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden opis:

Opis badania MR:

- a) Angio tętnic mózgowych, Głowy, Oczodołów, Przysadki mózgowej, Kręgosłupa C/TH/LS – .....
- b) Jamy brzusznej, Miednicy mniejszej, Cholangiografii – .....
- c) Prostaty, Szyi – .....





Opis badania TK:

- a) TK angio tętnic mózgowych, angio tętnic szyjnych - .....
- b) TK jamy brzusznej, Miednicy mniejszej - .....
- c) TK klatki piersiowej, szyi - .....
- d) TK kręgosłupa, C/TH/LS - .....
- e) TK głowy, twarzoczaszki, zatok - .....

**3) TELERADIOLOGIA – BADANIA PILNE** - Ocena i opis badań RTG i TK przy założeniu maksymalnie 2 godziny na opis badania po otrzymaniu obrazu radiologicznego:

**Tomografia Komputerowa – ..... zł za jedną okolicę anatomiczną;**

**RTG – ..... zł za jedną okolicę anatomiczną.**

Oferent zobowiązuje się do pozostawania w gotowości każdego dnia.

**4) TELERADIOLOGIA – BADANIA PLANOWE** - Ocena i opis badań RM przy założeniu maksymalnie 5 dni roboczych na opis badania po otrzymaniu obrazu radiologicznego.

**Rezonans Magnetyczny:**

- a) Angio tętnic mózgowych, Głowy, Oczodołów, Przysadki mózgowej, Kręgosłupa C/TH/LS - ..... **zł za opis;**
- b) Jamy brzusznej, Miednicy mniejszej, Cholangiogramii - ..... **zł za opis;**
- c) Prostaty, Szyi - ..... **zł za opis.**

Oferent zobowiązuje się do pozostawania w gotowości każdego dnia roboczego.

**Zakres 4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w zakresie ocena i opis badań rezonansu magnetycznego RM stawów – opisy stacjonarne i / lub teleradiologia;**

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako iloczyn udokumentowanej liczby **ocenionych i opisanych badań RM stawów**, w ciągu miesiąca przez stawkę za jeden opis w warunkach stacjonarnych i/lub teleradiologii, a w szczególności: Stawy kolana, biodra, bark, staw skokowy, nadgarstka, ręki, łokcia, stopy, stawu mostkowo – obojczykowego, ścięgna Achillesa lub innych okolic ortopedycznych. .... **zł za ocenę i opis.**





**Zakres 5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych - elektroradiolog w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej**

Zakład Diagnostyki Obrazowej	Kontrakt-zlecenie		Za wykonanie badania w ramach NFZ w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej*		
	1-95 godzin w ciągu miesiąca	96 godzin i więcej w ciągu miesiąca	RM	TK	RTG w AOS
Elektroradiolog					

\*Nie dotyczy badań RM i TK wykonanych w SOR.

**Zakres 6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Podstawowej Opiece Zdrowotnej POZ:**

POZ LEKARZ	KONTRAKT - ZLECENIE				
	Pierwszorazowy pacjent	Kolejna wizyta tego samego pacjenta w ciągu miesiąca	Teleporada	eRecepta	Stawka za konsultację pacjenta pod eskortą Policji
SOLEC 99					
PILECKIEGO 99					

**Zakres 7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich Nocna Pomoc Lekarska:**

NPL LEKARZ	KONTRAKT			ZLECENIE		
	Stawka Godzina	wyjazd do pacjenta*	konsultacja pacjenta pod eskortą Policji	Stawka Godzina	wyjazd do pacjenta*	konsultacja pacjenta pod eskortą Policji

\*Stawka zawiera koszt transportu do pacjenta i powrót do Szpitala.

**Zakres 8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej;**

Stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich	
Lekarz specjalista	zł
Lekarz w trakcie specjalizacji	zł





**Zakres 9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Neonatologii:**

Stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich	
Lekarz specjalista	zł
lekarz w trakcie specjalizacji lub lekarz bez specjalizacji	zł

**Zakres 10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych - ratownik medyczny w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.**

Ratownik medyczny	Stawka kontrakt	Stawka zlecenie
SOR	zł	zł

**Zakres 11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Serologicznej (z Bankiem Krwi).**

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako iloczyn udokumentowanej liczby godzin w ciągu miesiąca przez stawkę brutto za jedną godzinę:

Stawka kontrakt / zlecenie	zł
----------------------------	----

**Zakres 12. Udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich:**

Komórka Szpitala PIEŁĘGNIARKA	Stawka godzina	
	Stawka kontrakt	Stawka zlecenie
SOR	zł	zł
Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	zł	zł
PRACOWNIA ENDOSKOPII	zł	zł
POZ	zł	zł
PRZYCHODNIA PRZYSZPITALNA Warszawa ul. Pileckiego 99 oraz ul. Solec 99	zł	zł

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin .....

Długoterminowa Opieka Lekarska	zł wizyta kontrakt*	zł wizyta zlecenie*
--------------------------------	------------------------	------------------------

\*Stawka zawiera koszt transportu do pacjenta i powrót do Szpitala.





Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin .....

NPL PIEŁĘGNIARKA	godzina	Wyjazd do pacjenta*
	zł	zł

\*Stawka zawiera koszt transportu do pacjenta i powrót do Szpitala.

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin .....

Oddział PIEŁĘGNIARKI	kontrakt		zlecenie	
	1-108 godzin	109 godzin i więcej	1-108 godzin	109 godzin i więcej
CBO				
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii				
Oddział Neonatologii				
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej				
Oddział Chirurgii Ogólnej Proktologicznej - Gabinet zabiegowy				
Ambulatoryjny Zakład Diagnostyki Obrazowej				

Oddział PIEŁĘGNIARKI / POŁOŻNE	kontrakt		zlecenie	
	1-144 godzin	145 godzin i więcej	1-144 godzin	145 godzin i więcej
Oddział Ginekologii i Położnictwa				

**PIEŁĘGNIARKA ODDZIAŁ Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:**

CBO	
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	
Oddział Neonatologii	
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	
Oddział Chirurgii Ogólnej Proktologicznej -Gabinet zabiegowy	
Ambulatoryjny Zakład Diagnostyki Obrazowej	
Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	
SOR	
Oddział Ginekologii i Położnictwa	





**Zakres 13. Udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w zakresie portów naczyniowych:**

Pielęgniarka	Implantacja portu naczyniowego	Usunięcie portu naczyniowego
Umowa Kontrakt	zł	zł
Umowa zlecenie	zł	zł

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin .....

**4. OŚWIADCZENIE OFERENTA :**

- 1) Informacja o uprawnieniach do pobierania:
1. Emerytury: tak  nie       Renty: tak  nie
  2. Czy jest orzeczonego stopień niepełnosprawności: tak  nie
  3. Jeśli tak, zobowiązuję się złożyć posiadane orzeczenie do Działu Kadr Płac i Szkoleń:
    - a) mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
    - b) mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
    - c) mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
  - 2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....
  - 3) Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę: tak  nie
  - 4) Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia: tak  nie
  - 5) Oświadczam, że moje miesięczne wynagrodzenie od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne ze stosunku pracy/umowy cywilnoprawnej w innym zakładzie pracy niż Warszawski Szpital Południowym sp. z o.o. , w okresie trwania umowy cywilnoprawnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o. nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę: **NIE**  **TAK**
  - 6) Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym: tak  nie
  - 7) Przebywam u obecnego pracodawcy na urlopie bezpłatnym/wychowawczym: tak  nie
  - 8) **Jestem studentem do 26-go roku życia:** NIE  TAK  i zobowiązuję się przedkładać zaświadczenie z uczelni wyższej o potwierdzeniu posiadania statusu studenta, wraz z rachunkiem do umowy cywilnoprawnej po zakończonym miesiącu kalendarzowym.
  - 9) Oświadczam, że udzielane świadczenia wchodzi w zakres prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej: tak  nie
  - 10) Opłacam z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej składki ZUS: tak  nie







3. Poświadczona kopia dyplomu specjalizacji – zał. nr 3.
4. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji I Informacji o Działalności Gospodarczej – zał. nr 4. JEŚLI DOTYCZY
5. Kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność – zał. nr 5 JEŚLI DOTYCZY;
6. Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych – zał. nr 6
7. Własnoręcznie podpisaną Informację o przetwarzaniu danych osobowych, stanowiącą Załącznik nr 4 do SWKO – zał. nr 7
8. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – zał. nr 8
9. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych Oferent ma obowiązek posiadać przy podpisywaniu umowy oraz przez cały okres obowiązywania umowy.
10. Dokument, potwierdzający posiadanie aktualnego orzeczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy, stwierdzającego brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania. Dokument ten Oferent przeprowadza na własny koszt. Oferent ma obowiązek posiadać dokument przy podpisywaniu umowy oraz przez cały okres obowiązywania umowy.
11. Orzeczenie sanitarno - epidemiologiczne Oferent przeprowadza na własny koszt. Oferent ma obowiązek posiadać orzeczenie przy podpisywaniu umowy oraz przez cały okres obowiązywania umowy.
12. W określonych zakresach kurs „Ochrona radiologiczna pacjenta”. Szkolenie to Oferent przeprowadza na własny koszt i ma obowiązek posiadać przy podpisywaniu umowy oraz przez cały okres obowiązywania umowy.

#### **Obowiązek informacyjny w związku z przetwarzaniem danych osobowych :**

1. Administratorem danych osobowych jest Warszawski Szpital Południowy Sp. z o. o. (dalej: „ADMINISTRATOR”), z siedzibą: ul. Rotmistrza Witolda Pileckiego, 02-781 Warszawa. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na w/w adres.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mailowym:  
iod@szpitalpoludniowy.pl.
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie 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) oraz ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
  - a) utrwalenia i publikacji wizerunku oraz imienia i nazwiska na stronach internetowych oraz portalach społecznościowych Administratora, w szczególności Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn, w celach promocyjnych, marketingowych, informacyjnych – art. 6 ust. 1 lit. a RODO – dane będą przetwarzane do czasu wycofania zgody oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji;
  - b) zawarcia i realizacji umowy, w tym kontaktowania się w sprawach związanych z realizacją umowy – art. 6 ust. 1 lit. b RODO – dane będą przetwarzane przez 5 lat od zakończenia umowy;
  - c) rozliczenia otrzymanej faktury i wywiązania się z obowiązków prawnych ciężących na Administratorze – art. 6 ust. 1 lit. c RODO – dane będą przetwarzane przez 5 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym wystawiono dokumenty księgowe;



- d) ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń związanych z realizacją umowy – art. 6 ust. 1 lit. f RODO – dane będą przechowywane przez okres 3 lat od zakończenia umowy;
- e) zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia w obszarze objętym monitoringiem – art. 6 ust. 1 lit. f RODO – zapisy z monitoringu przechowywane będą nie dłużej niż 30 dni od dnia nagrania, chyba że będą stanowić dowód w prowadzonym postępowaniu.
5. Dane osobowe nie pochodzą od stron trzecich.
6. Administrator zamierza przekazywać dane osobowe do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej w związku z publikacją wizerunku na portalu społecznościowym Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn.
7. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. do: dostawców usług informatycznych, w szczególności CloudiMed, Soneta Sp. z o.o., Dejm, Synacor. Dane mogą być również przekazywane do portali społecznościowych Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn, które są odrębnymi administratorami danych osobowych.
8. Posiada Pani/Pan prawo do:
- a) żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
- b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
- c) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- d) wniesienia skargi na działania Administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest konieczne do zawarcia umowy. Zgoda na utrwalanie i publikację wizerunku oraz publikację danych osobowych jest dobrowolna.
10. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Ja, potwierdzam zapoznanie się z obowiązkiem informacyjnym dotyczącym przetwarzania moich danych osobowych:

wyrażam zgodę na utrwalenie i publikację mojego wizerunku oraz imienia i nazwiska na stronach internetowych i w mediach społecznościowych Administratora, a w szczególności Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn w celach promocyjnych, marketingowych, informacyjnych.

Warszawa, .....

*(data i podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)*



The Government of Karnataka has decided to...

The Government of Karnataka has decided to...

The Government of Karnataka has decided to...

The Government of Karnataka has decided to...

The Government of Karnataka has decided to...

The Government of Karnataka has decided to...

The Government of Karnataka has decided to...