Załącznik nr 3 do SWK

Znak sprawy: SO.272/K/1/2026

OŚWIADCZENIA OFERENTA

I. Przystępując do konkursu ofert **na pełnienie stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych przez lekarki specjalistki / lekarzy specjalistów i/lub rezydentki / rezydentów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej** oświadczam, że zapoznałam/em 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 związaną/ego 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 przeze mnie należycie,
   2. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec mnie 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 Zamawiającego określone w Szczegółowych Warunkach 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.

XI. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowany, iż w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich obowiązuje Procedura

Zgłoszeń Wewnętrznych wynikająca z realizacji obowiązków ustawy o z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów, z którą mogę się zapoznać w każdym czasie u Koordynatora ds. Obsługi Sygnalistów. Ponadto zobowiązuje się do poinformowania moich pracowników i współpracowników o obowiązywaniu wskazanej Procedury Zgłoszeń wewnętrznych i możliwości zapoznania się z jej treścią.

XII. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu rozpatrzenia mojej oferty oraz zawarcia ewentualnej umowy, w związku z niniejszym postępowaniem.**

* rozporządzenie 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,

** w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa.

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

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

***zakreślić właściwe

……

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

Załącznik nr 4 do SWK

…….
nazwa Oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w przypadku wyboru oferty ……
(wpisać nazwę Oferenta)
i podpisania umowy o udzielenie zamówienia na pełnienie stacjonarnych dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych przez lekarki specjalistki / lekarzy specjalistów i/lub rezydentki / rezydentów z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz zabezpieczenie świadczenia usług medycznych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej **świadczenie usług odbywać się będzie <u>wyłącznie</u> w trybie stacjonarnym.**

…… ……..
Data Pieczątka i podpis Oferenta

Załącznik nr 6 do SWK

…… ……., dnia ……

pieczęć podmiotu leczniczego, miejscowość
w którym rezydent/ka odbywa specjalizację

ZAŚWIADCZENIE * / **

Zaświadcza się, że Wnioskodawca:

……

imię i nazwisko

ukończył/a drugi rok rezydentury z ortopedii i traumatologii narządu ruchu i posiada umiejętności wskazujące na gotowość do podjęcia samodzielnego świadczenia usług w zakresie:

a) pełnienia dyżurów w Izbie Przyjęć oraz w Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych;
b) Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Wnioskodawcy.

……

podpis osoby uprawnionej
do wystawienia zaświadczenia

** Dotyczy **wyłącznie** lekarek rezydentek / lekarzy rezydentów.*

***** zakreślić właściwy podpunkt***

Załącznik nr 7 do SWK

…… ……., dnia ……
pieczęć podmiotu leczniczego, miejscowość
w którym rezydent/ka odbywa specjalizację

ZAŚWIADCZENIE * / **

Zaświadcza się, że Wnioskodawca:

……
imię i nazwisko

a) posiada …….. rok / lat / a doświadczenia w zakresie pełnienia samodzielnych dyżurów w Izbie Przyjęć Ortopedycznej / Oddziałach Urazowo – Ortopedycznych;
b) posiada …….. rok / lat / a doświadczenia w zakresie świadczenia usług medycznych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni Urazowo – Ortopedycznej.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Wnioskodawcy.

……
podpis osoby uprawnionej
do wystawienia zaświadczenia

* Dotyczy **wyłącznie** lekarek rezydentek / lekarzy rezydentów.
** **zakreślić właściwy podpunkt**

Załącznik nr 8 do SWK

…… ……., dnia ……
pieczęć podmiotu leczniczego miejscowość

WNIOSKODAWCA:

……
imię i nazwisko

OPINIA

z podmiotu leczniczego, w którym lekarka specjalistka / lekarz specjalista / rezydentka / rezydent* świadczy usługi medyczne objęte postępowaniem konkursowym na temat jakości wykonywania świadczeń:

……

……

……

……

Opinię wydaje się na prośbę Wnioskodawcy.

……
podpis osoby uprawnionej
do wystawienia opinii

* Podkreślić właściwe.

Załącznik nr 9 do SWK

Piekary Śląskie, dnia……

…….
imię, nazwisko

…….
specjalizacja / rezydentura

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z TREŚCIĄ PORADNIKA
„ZASADY SAVOIR-VIVRE w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami”*

Niniejszym oświadczam że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości treść poradnika „ZASADY SAVOIR-VIVRE w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami” stanowiącego zał. nr 10 do SWK, a także zobowiązuję się do stosowania określonych w nim zasad w codziennej pracy.

……. ……..
Data Pieczątka i podpis świadczącego usługi

* Oświadczenie powinna wypełnić każda osoba wskazana przez Oferenta w tabeli z Załącznika nr 2 w pkt. IV.

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, plac wewnętrzny głównego budynku szpitalnego, wejścia do budynków. Ponadto systemem monitoringu wizyjnego objęty jest również obszar znajdujący się wewnątrz budynków Szpitala: poczekalnie w Poradniach Specjalistycznych, pawilonie rezonansu magnetycznego, obszar Izby Przyjęć (z wyłączeniem gabinetów i pokojów badań), kaplicę szpitalną, korytarze w okolicach windy znajdującej się przy głównym wejściu do Szpitala, korytarze oddziałów szpitalnych, korytarz przy serwerowni znajdującej się przed Zakładem Diagnostyki Obrazowej, wejście do pawilonu rezonansu magnetycznego, wejścia do magazynów, punkty rejestracji czasu pracy.
Monitoringiem 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 pełne 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 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).

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 miesięcy (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

* Oświadczenie powinna wypełnić każda osoba wskazana przez Oferenta w tabeli z Załącznika nr 2 w pkt. IV.

Załącznik nr 1
do Polityki antykorupcyjnej

…….
(Imię i nazwisko)

……
(stanowisko)

……
(Komórka organizacyjna)

OŚWIADCZENIE*

Oświadczam, że zapoznałam/em 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)

* Oświadczenie powinna wypełnić każda osoba wskazana przez Oferenta w tabeli z Załącznika nr 2 w pkt. IV.

Załącznik nr 4 do Standardów ochrony małoletnich

.....
miejsce i data

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania standardów ochrony dzieci *

Ja, ...
oświadczam, że zapoznałam/em się ze Standardami ochrony dzieci obowiązującymi w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich stanowiącymi zał. nr 11 do SWK i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

……
podpis

* Oświadczenie powinna wypełnić każda osoba wskazana przez Oferenta w tabeli z Załącznika nr 2 w pkt. IV.