Załącznik nr 3 do SWK

Znak sprawy: SO.272/K/2/2026

OŚWIADCZENIA OFERENTA

I. Przystępując do konkursu ofert na zabezpieczenie świadczenia usług medycznych przez lekarki specjalistki / lekarzy specjalistów w Oddziale Rehabilitacyjnym w Kochcicach 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 Udzielającego Zamówienia 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 poinformowana/y, 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.

XII. 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

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 w Oddziałach Rehabilitacyjnych w Kochcicach obejmuje: punkt rejestracji czasu pracy,
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.

Imię i nazwisko: …… Data urodzenia……

…… ……

data podpis

Załącznik nr 1
do Polityki antykorupcyjnej

…….
(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)

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 5 do SWK**, a także zobowiązuje się do stosowania określonych w nim zasad w codziennej pracy.

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

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

.....
(miejscowość, 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 nieodpłatne 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.

Załącznik nr 3 do umowy

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 kontrakt 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 Pieczątka 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 Pieczątka i podpis Przyjmującego Zamówienie

*** należy wypełnić i podpisać właściwy punkt**