|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Załącznik nr 2****OŚWIADCZENIA OFERENTA** |  |
|  | **Oświadczam, że:**zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny - pielęgniarki/pielęgniarzy w Samodzielnej Pracowni Hemodynamiki Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”1. oraz z Zarządzeniem Nr /2022 Dyrektora Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” z dnia 16.03.2022r. w sprawie: powołania Komisji konkursowej.
 |  |

1. zapoznałem/am się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
2. stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty,
3. posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną,
4. prowadzę działalność leczniczą, której rodzaj oraz zakres świadczeń zdrowotnych jest zgodny z przedmiotem zamówienia, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
5. oferent i osoby świadczące w moim imieniu świadczenia zdrowotne posiadają ubezpieczenie zgodnie z obowiązującymi przepisami,
6. personel wskazany w ofercie został poinformowany, że:
7. administratorem jego danych osobowych jest Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi; ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź,
8. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem nr Tel. 42 271 10 08,
9. administrator będzie przetwarzał dane osobowe personelu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
10. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
11. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
12. personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
13. dane osobowe personelu będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
14. personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
15. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
16. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe

…………………………………………………………

Podpis oferenta lub osoby uprawnionej do

 reprezentowania oferenta i pieczątka oferenta

**Zobowiązuję się:**

do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

zawarcia umowy w ciągu 30 dni od daty ogłoszenia zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku,

rozwiązania stosunku pracy z Instytutem Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, ze skutkiem rozwiązującym na dzień poprzedzający termin podpisania umowy.

Łódź; dnia ……………. …………………………………..

 Podpis oferenta lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania oferenta

 i pieczątka oferenta