REGULAMIN
KONKURSU OFERT
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych

I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 poz.160) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 poz. 1510)
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekroć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

a)**Udzielającym Zamówienie** – rozumie się przez to Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
b)**przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych.
c)**formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
d)**oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta -** rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,
e)**oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
f)**oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń -** rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
g)**umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiące **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
h) **klauzula informacyjna z art. 13. RODO** – rozumie się przez to obowiązujący formularz informacyjny opracowany przez Udzielającego Zamówienie stanowiący **Załącznik nr 6**
i) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty bądź osoby, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

III. Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych.

Dokładny opis przedmiotu zamówienia został zawarty w: Załączniku nr 5- wzór umowy Ilość badań uzależniona jest od ilości pacjentów i ich dolegliwości. Udzielający zamówienia będzie składał w ciągu trwania umowy zamówienia wg rzeczywistych potrzeb.

IV. Wymagany termin realizacji

01.01.2019 r. – 31.12.2020 r.

V. Wymagania od oferentów

Oferty mogą składać podmioty bądź osoby, wymienione w art. 26 ust. 1, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej spełniające wymagania:

- oferenci winni dysponować kadrą medyczną, wyposażeniem w aparaturę medyczną i sprzęt oraz materiałami gwarantującymi świadczenia medyczne na najwyższym możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów;
- świadczenia powinny być wykonywane w lokalach oferenta spełniających wymogi sanitarne i p/poż., w których będą zagwarantowane odpowiednie warunki rejestracji pacjentów, czasu oczekiwania i świadczeń medycznych;
- oferenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń.

VI. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

VII. Zawartość oferty

Oferta musi zawierać:

a) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
b) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2,
c) kopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie – załącznik nr 3,
d) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
e) zaakceptowany - załącznik nr 5 – „wzór umowy”,
f) zaakceptowana klauzula informacyjna z art. 13 RODO – załącznik nr 6,
g) oświadczenie oferenta o posiadaniu właściwych uprawnień, aparatury i sprzętu medycznego oraz personelu niezbędnych do realizacji zamówienia, które powinno być wykonywane terminowo zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.

VIII. Informacje dotyczące warunków składania ofert

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Wszelkie poprawki w tekście oferty musza być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
4. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
5. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie.

- **opis koperty:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Chorzowska 38
41 – 605 Świętochłowice

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ……..

data .....
nazwa i adres oferenta .....

IX Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w sekretariacie siedziby udzielającego zamówienie do dnia 31.10.2018 r. do godziny 15.00
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

X Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin rozstrzygnięcia konkursu: 06.11.2018 r.

XI Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. (www.zoz.net.pl);
- tablica ogłoszeń udzielającego zamówienia.

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 06.11.2018 r.

XII Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium oceny ofert – cena 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
3. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku.

XIII Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze i skarga zgodnie z art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018, poz.160).

XIV Dodatkowe informacje

1. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania bez podania przyczyny.

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY
W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu ..... 2018 roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290.

1. Podstawa prawna:
   - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018, poz. 160)
   - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych t.j. (Dz. U. z 2018r. poz. 1510)
2. Data złożenia oferty: .....2018 roku.
3. Proponowana kwota należności:

l.p.	**Rodzaj badania**	**Cena jednostkowa brutto w PLN**
1.	Badanie kolposkopowe	……..
2.	Krioterapia ginekologiczna	…….
3.	Badanie mammograficzne	……

Dane oferenta	
	Nazwa i siedziba podmiotu / imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych: .... Adres: .... Numer wpisu do właściwego rejestru:..... Organ dokonujący wpisu do rejestru:.....

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie / zakresach:
.....
.....

Podpis i pieczęć oferenta	

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

NIP ..... REGON .....

Tel. kontaktowy .....

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- ☐ Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem .....
- ☐ Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ Nie dotyczy

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

* wypełnić właściwe

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopia aktualnej polisy / polis OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 7 dni od daty podpisania umowy.

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam / em się z warunkami konkursu, zdobyłam / em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 5

- WZÓR UMOWY-

UMOWA ...../ORG/P/….

O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE
Zawarta dnia ..... roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450
reprezentowanym przez:
Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego
Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: Udzielającym Zamówienia.
a

.....
z siedzibą w ..... kod (-), przy ulicy.....
wpisanym do .....prowadzonym przez .....
pod numerem: .....
reprezentowanym przez:
.....

zwanego w dalszej części umowy: Przyjmującym Zamówienie.

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych.**

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w §1 oraz, że badania wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.
4. Przyjmujący Zamówienia zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu zamówienia nakładem własnym, bez udziału osób / firm pośredniczących.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w

ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek wspierać i wspomagać Udzielającego Zamówienie w przypadku wniesienia skargi lub wystąpienia z powództwem wobec Udzielającego Zamówienie jeżeli z okoliczności sprawy wynika lub można domniemywać, że powiązana jest ona z przedmiotem niniejszej umowy. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za prawidłowość wykonanych badań i ich następstwa.

§3

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez fachowy personel medyczny w liczbie nie mniejszej niż……..osób.

§4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawa udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1 jest indywidulane skierowanie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienie bez względu na formę zatrudnienia.
2. Skierowanie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w godzinach pracy Pracowni w swoim zakładzie znajdującym się w ……. przy ul. ……, w terminie wcześniej uzgodnionym w rejestracji zakładu Przyjmującego Zamówienie (telefonicznie lub osobiście).
4. Po przeprowadzeniu badania pacjent Udzielającego Zamówienie otrzyma jeden egzemplarz (wydruk) wyniku badania.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy badanych pacjentów Udzielającego zamówienie oraz rodzaju wykonywanych świadczeń w danym miejscu.
6. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego zamówienia.

§ 5

1. Za wykonany przedmiot umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie wyliczane jako iloczyn wykonanych badań i cen badań. Cennik badań stanowi integralną część umowy (załącznik nr 1 do umowy). Podstawą wyliczenia wynagrodzenia będzie zatwierdzona przez Udzielającego zamówienie imienna lista pacjentów wraz z przypisanymi im badaniami w okresie rozliczeniowym. W cenach jednostkowych badań ujęte są koszty Przyjmującego zamówienie wynikające z niniejszej umowy.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto.

§ 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następowała w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie do 30 dni od daty doręczenia faktury.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów

gwarancyjnych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

§ 7

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia.
2. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 8

1. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do zabezpieczenia i ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (t.j. Dz.U.2018 poz.1000) oraz z innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Przyjmujący zamówienie zapewnia ochronę danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z zasadami obowiązującymi u udzielającego zamówienie oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku i zobowiązuje się je przetwarzać wyłącznie na potrzeby niniejszej umowy**.** Załącznikiem nr 3 do umowy jest umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych.

2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać i obciążyć Przyjmującego Zamówienie kara umowną w wysokości 2.000 zł za każdy przypadek, a w szczególności za:

   1) nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
   2) naruszenie obowiązku określonego w § 8 ust 1
3. Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku gdy wartość szkody przekracza wartość kar umownych lub jest z innego tytułu.

§ 9

Umowa została zawarta na okres od ……. roku do …….. roku.

§ 10

1. Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
2. Strony dopuszczają możliwość przedłużenia okresu obowiązywania umowy, jednak nie dłużej niż o 4 miesiące.

§ 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

§ 12

Spory mogące wynikać na tle realizacji umowy rozpoznawane będą przez sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

§ 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Przyjmujący Zamówienie **Udzielający Zamówienia**

Załącznik nr 1 do umowy ...../ORG/P/….

Cennik świadczeń zdrowotnych obowiązujący od……..

l.p.	Nazwa badania	Wartość brutto (zł)
1.	Badanie kolposkopowe	
2.	Krioterapia ginekologiczna	
3.	Badanie mammograficzne	

Załącznik nr 2 do umowy nr …../ORG/P/…..

l.p.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL pacjenta	Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych	Imię i nazwisko lekarza kierującego	Nazwa komórki kierującej	Cena jednostkowa (brutto) wykonanego świadczenia

Razem:

Załącznik nr 3 do umowy nr……

Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych

Numer umowy ……PD/2018

Zawarta w dniu ……. r. w Świętochłowicach pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000426290, NIP: 6271669770, REGON: 000311450 zwanym w dalszej części niniejszej umowy Podmiotem Leczniczym reprezentowanym przez:
Prezesa Zarządu - Dariusza Skłodowskiego
Wiceprezesa Zarządu - Ilonę Tkocz - Furman
a
……
……
……
zwanym w dalszej części niniejszej umowy Podmiotem Przetwarzającym reprezentowanym przez:
……..
o następującej treści:

§1
Powierzenie przetwarzania danych osobowych

1. Podmiot Leczniczy powierza Podmiotowi Przetwarzającemu, w trybie art. 28 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego w dalszej części „Rozporządzeniem") dane osobowe do przetwarzania, na zasadach i w celu określonym w niniejszej Umowie.

2. Podmiot Przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

3. Podmiot Przetwarzający oświadcza, iż stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi Rozporządzenia.

§2
Zakres i cel przetwarzania danych

1. Podmiot Przetwarzający będzie przetwarzał, powierzone na podstawie umowy dane:
a) dane osobowe Pacjentów na rzecz których wykonywane są badania diagnostyczne na podstawie Umowy, w zakresie takich danych, jak: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania/ oddział szpitalny, numer PESEL, numer księgi głównej szpitala podawany przy braku innych danych pacjenta rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą, inne informacje lub dane w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania,
b) dane osobowe Personelu Podmiotu Leczniczego, upoważnionego do wykonania zadań związanych z realizacją umowy, tj: dane osobowe lekarzy lub innych osób uprawnionych po stronie Podmiotu Leczniczego na podstawie Umowy do zlecania badania (imię i nazwisko lekarza kierującego, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje numer prawa wykonywania

zawodu), lekarzy i innych osób uprawnionych przez Podmiot Leczniczy do dostępu do wyników badań (imię i nazwisko, tytuł zawodowy numer prawa wykonywania zawodu.

2. Zakres danych osobowych wymienionych powyżej jest maksymalnym katalogiem danych, które mogą być przetwarzane w związku z realizacją Umowy. W rzeczywistości dane mogą być przekazywane w mniejszym zakresie bez uszczerbku dla postanowień Umowy. Zakres danych może ulec zmianie w przypadku zmiany aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

3. Powierzone przez Podmiot Leczniczy dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot Przetwarzający wyłącznie w celu i zakresie wynikającym z realizacji umowy z dnia ……. NR …….…….. w ramach wykonywania następujących świadczeń ……..

4. Wykaz osób upoważnionych przez Podmiot Leczniczy do odbioru wyników zleconych badań zostanie przekazany na każdorazowe życzenie Podmiotu Przetwarzającego w ciągu 14 dni od otrzymania pisemnego wniosku.

§3

Obowiązki Podmiotu Przetwarzającego

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 Rozporządzenia.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.

3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.

4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się zapewnić zachowanie w tajemnicy, (o której mowa w art. 28 ust 3 pkt b Rozporządzenia) przetwarzanych danych przez osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu.

5. Podmiot przetwarzający po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem usuwa lub zwraca Podmiotowi Leczniczemu wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych.

6. W miarę możliwości Podmiot przetwarzający pomaga Podmiotowi Leczniczemu w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia.

7. Podmiot przetwarzający po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je Podmiotowi leczniczemu w ciągu 24 godzin.

§4
Prawo kontroli

1. Podmiot Leczniczy jako administrator danych zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo kontroli, czy środki zastosowane przez Podmiot Przetwarzający przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia umowy.

2. Podmiot Leczniczy realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu Przetwarzającego i z minimum 7 - dniowym jego uprzedzeniem.

3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Podmiot Leczniczy nie dłuższym niż 7 dni.

4. Podmiot przetwarzający udostępnia Podmiotowi leczniczemu wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.

§5
Dalsze powierzenie danych do przetwarzania

1. Podmiot Przetwarzający może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania umowy po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Podmiotu Leczniczego.

2. Przekazanie powierzonych danych do państwa trzeciego może nastąpić jedynie na pisemne polecenie Podmiotu leczniczego chyba, że obowiązek taki nakłada na Podmiot Przetwarzający prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego, któremu podlega Podmiot przetwarzający. W takim przypadku przed rozpoczęciem przetwarzania Podmiot Przetwarzający informuje Podmiot Leczniczy o tym obowiązku prawnym, o ile prawo to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.

3. Podwykonawca, o którym mowa w §3 ust. 2 Umowy winien spełniać te same gwarancje i obowiązki jakie zostały nałożone na Podmiot Przetwarzający w niniejszej Umowie.

4. Podmiot przetwarzający ponosi pełną odpowiedzialność wobec Podmiotu Leczniczego za nie wywiązanie się ze spoczywających na podwykonawcy obowiązków ochrony danych.

§6
Odpowiedzialność Podmiotu Przetwarzającego

1. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Podmiotu Leczniczego o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Podmiot Przetwarzający danych osobowych określonych w umowie, o jakiejkolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Podmiotu Przetwarzającego, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania w Podmiocie Przetwarzającym tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Podmiot Leczniczy.

§7
Czas obowiązywania umowy

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony w umowie wskazanej w § 2 ust. 3 niniejszej umowy.

§8

Rozwiązanie umowy

1. Podmiot Leczniczy może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym gdy Podmiot przetwarzający:
a) pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli nie usunie ich w wyznaczonym terminie;
b) przetwarza dane osobowe w sposób niezgodny z umową;
c) powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody Podmiotu Leczniczego;

§9

Zasady zachowania poufności

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Podmiotu Leczniczego i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej („dane poufne").

2. Podmiot przetwarzający oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Podmiotu Leczniczego w innym celu niż wykonanie Umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub Umowy.

§10

Postanowienia końcowe

1. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron.

2. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie będą miały przepisy Kodeksu cywilnego oraz Rozporządzenia.

3. Sądem właściwym dla rozpatrzenia sporów wynikających z niniejszej umowy będzie sąd właściwy dla Podmiotu Leczniczego.

…….	……..
Podmiot Leczniczy	Podmiot Przetwarzający

Załącznik nr 6

<u>Klauzula informacyjna z art.13 RODO</u>

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO", informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o., ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice, tel.: 32 621 95 35, adres e-mail: sekretariat@zoz.net.pl*;*
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych w następujący sposób:
 pod adresem poczty elektronicznej: m.czyzycka@zoz.net.pl
 pisemnie na adres siedziby Administratora
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z konkursem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań kolposkopowych, krioterapii ginekologicznej, badań mammograficznych ogłoszonego w dniu 22.10.2018 r.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja z konkursu zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z obowiązującym w tym zakresie przepisami przez okres trwania konkursu i w przypadku dojścia do podpisania umowy przez cały czas trwania umowy, a także w celach archiwalnych zgodnie z przyjętymi zasadami archiwizowania dokumentów.
6. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym związanym z udziałem w konkursie;
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
8. posiada Pani/Pan:
a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
b)na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
c) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
d)prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
9. Nie przysługuje Pani/Panu:
a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. C. RODO.

Akceptuję

……
Pieczęć i podpis