Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o konkursie

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy dla pracowników 20 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo - Rehabilitacyjnego SPZOZ w Krynicy-Zdroju.

1. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2022, poz. 633 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Ogłoszenia o konkursie zawierającym szczegółowe warunki konkursu ofert, Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert, projektem umowy i materiałami informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że pozostanę związana/y z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania usług z należytą starannością swego działania.

Miejscowość i data.....

(podpis i pieczęć imienna)

Załącznik nr 3 do Ogłoszenie o konkursie

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy dla pracowników 20 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo - Rehabilitacyjnego SPZOZ w Krynicy-Zdroju.

Oświadczenie dla celów ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnym

Oświadczam, że:

1. Prowadzę działalność gospodarczą i z tego tytułu osobiście opłacam składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne.
2. Posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę i uzyskiwania z tego tytułu co najmniej minimalnego wynagrodzenia.
3. Jestem emerytem (rencistą) i posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę.
4. Jestem emerytem (rencistą) i posiadam tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z tytułu umowy zlecenia zawartej z innym podmiotem.
5. Nie posiadam tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy zaznaczyć (podkreślić) jedną odpowiedź

W przypadku zawarcia umowy, o wszelkich zmianach w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych zobowiązuję się niezwłocznie zawiadomić Udzielającego Zamówienia.

Miejscowość i data

.....

(podpis i pieczęć imienna Oferenta)

Uwaga:

Osoby, które zaznaczyły punkt 2 lub 3 lub 4 dokonują zgłoszenia do ubezpieczeń w Dziale kadrowo-administracyjnym.

Załącznik numer 4 do Ogłoszenia o konkursie

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy dla pracowników 20 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego SPZOZ w Krynicy-Zdroju.

OŚWIADCZENIE OFERENTA
o niezaleganiu z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne

Oświadczam, że:

aktualnie nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, natomiast w przypadku zaległości uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.

* UWAGA:
w przypadku istnienia zaległości, należy przedłożyć zaświadczenie, że Wykonawca uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie, rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

Miejscowość i data

.....
(podpis i pieczęć imienna Oferenta)

Załącznik numer 5 do ogłoszenia o konkursie ofert

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie podlega pod ustawę z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, a tym samym nie znajduję się na liście osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki, o których mowa w art. 1 powołanej tu ustawy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się niezwłocznie nie później niż w terminie 3 dni od zaistnienia zdarzenia poinformować Udzielającego zmówienia o każdej zmianie okoliczności, o których mowa w pkt. 1.

Miejscowość i data

.....
(podpis i pieczęć imienna Oferenta)

Załącznik nr 7 do SWKO

KLAUZULA INFORMACYJNA
Spełniając obowiązek informacyjny wynikający z Art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady, numer 2016/679 (RODO) w związku Z ZAWARCIEM I REALIZACJĄ UMÓW Z KONTRAHENTAMI

1. **Dane administratora:** Administratorem Państwa danych osobowych jest: 20 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krynicy - Zdroju (20. WSzU - R SPZOZ). ul. Świdzińskiego 4. 33 - 380 Krynica Zdrój, e-mail: krynica@20wszur.pl ; tel. 18/41 46 211, fax: 18/41 46 240.
2. **Inspektor Ochrony Danych:** We wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych w 20. WSzU - R SPZOZ można kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych: iodo@20wszur.pl
3. **Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania:** Państwa dane osobowy przetwarzamy w celu zawarcia, wykonania i rozliczenia umowy o świadczenie usług, w' związku z którą dane zostały pozyskane, przez okres obowiązywania umowy; dochodzenia roszczeń oraz obrony praw: podatkowym, na podstawce przepisów' Ordynacji podatkowej. Podstawa prawna przetwarzania danych: art. 6 ust. 1 lit b RODO.
4. **Informacje o odbiorcach danych osobowych**
   Państwa dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz dostawcom usług (np. technicznych, organizacyjnych, teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym, firmom prawniczym w ramach doradztwa prawnego i zastępstwa procesowego), organom administracji publicznej.
5. **Państwa dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.**
6. **Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane** przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy wynikający z rozliczenia zawartej umowy oraz w celach rachunkowych, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowymi, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione. Okres przechowywania Państwa danych wynika również z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt 20 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo - Rehabilitacyjnego SPZOZ w Kry nicy Zdroju oraz Zarządzenie Nr 9/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 17 marca 2016 r.
7. **Posiada Pani/Pan prawo do żądania w każdym czasie dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, oraz prawo do w niesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.** Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem.
8. **Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jest jednak niezbędne dla realizacji powyższych celów.**
9. **Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego:** Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji:** Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Krynica - Zdrój, ...

Data Czytelny podpis osoby, która zapoznała się z klauzulą