

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO):

Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przez lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym.

1. PODSTAWA PRAWNA

Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach określonych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r., r. poz. 156 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).

W sprawach nieuregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane powyżej oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

2. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo, ul. Generała Józefa Bema 24.

3. PRZEDMIOT KONKURSU

Przedmiotem konkursu jest wyłonienie podmiotu, któremu zostanie udzielone zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie:

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych.

minimalne zapotrzebowanie godzinowe 10h tygodniowo dla oferenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych

maksymalne zapotrzebowanie godzinowe 20h tygodniowo dla oferenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych

Nazwy i kody opisujące przedmiot zamówienia określone we Wspólnym Słowniku Zamówień: CPV-85111500-5 – usługi szpitalne psychiatryczne.

Wykaz świadczeń wymaganych przez Udzielającego zamówienia oraz szczegółowe warunki wykonywania świadczeń będących przedmiotem zamówienia określa Załącznik nr 5 SWKO.

4. TERMIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Termin udzielania świadczeń - czas, na który zostanie zawarta umowa: od dnia **01.07.2026 r.**
do dnia **30.06.2029 r.**

5. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE:

5.1. O udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu, może ubiegać się Oferent będący:

- a) podmiotem wykonującym działalność leczniczą;
- b) osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu ofert wykonującymi działalność leczniczą lub udzielającymi świadczeń zdrowotnych w zakresie całego przedmiotu zamówienia co musi wynikać z wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z art. 100 ustawy o działalności leczniczej.
- c) Warunkiem dopuszczenia oferty do konkursu jest zadeklarowanie przez Oferenta w cenniku oferenta (Załącznik nr 3 do SWKO) proponowanego tygodniowego wymiaru realizacji świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych mieszczącego się w przedziale od 10 do 20 godzin tygodniowo dla jednego Oferenta.

5.2. O udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu, nie może się ubiegać Oferent, który prowadząc indywidualną praktykę lekarską lub prowadząc indywidualnie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego lub prowadzący przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej – zawarł jako świadczeniodawca umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

5.3. O udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu, nie może się ubiegać Oferent wykonujący działalność leczniczą jako grupowa praktyka lekarska.

5.4. O udzielenie zamówienia nie może ubiegać się Oferent, który na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego konkursu będzie jednocześnie związany z Udzielającym zamówienia umową o pracę.

6. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

6.1. Oferta powinna zawierać:

- a) Formularz ofertowy, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik Nr 1 do SWKO,
- b) Cennik Oferenta, obejmujący ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik Nr 3 do SWKO,
- c) Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Nr 2 do SWKO,
- d) Klauzula informacyjna, sporządzona wg wzoru stanowiącego Załącznik Nr 4 do SWKO,
- e) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego / wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego*),
- f) wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, wraz z numerem księgi rejestrowej,
- g) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*)



- h) zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON / wydruk z Bazy Internetowej REGON*),
- i) pełnomocnictwo*),
- j) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadane specjalizacje, zaświadczenie potwierdzające rozpoczęcie specjalizacji *),
- k) ważne badania lekarskie,
- ł) umowa ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne,
- m) zaświadczenie o szkoleniu BHP

*Niepotrzebne skreślić

)*Należy dołączyć odpowiednio dokumenty dotyczące Oferenta.

Każdy Oferent składa tylko jedną ofertę. Oferent składa w wyznaczonym terminie ofertę odpowiadającą warunkom określonym w SWKO.

Odrzuca się oferty:

- a) złożone przez Oferentów po terminie,
- b) zawierające nieprawdziwe informacje,
- c) jeżeli Oferenci nie określili przedmiotu oferty lub nie podali proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
- d) jeżeli zawierają rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
- e) jeżeli są nieważne na podstawie odrębnych przepisów,
- f) jeżeli Oferenci złożyli oferty alternatywne,
- g) jeżeli Oferenci lub oferty nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych szczegółowych warunkach konkursu ofert;
- h) złożone przez Oferentów, z którymi w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

6.2 Oferta musi być podpisana przez Oferenta lub osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.

6.3 Dokumenty wymienione w pkt 6.1. a) – f) Oferent składa w formie oryginału.

Kopie dokumentów wymienionych w pkt 6.1. g) – m) muszą być poświadczone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.

Jeżeli Oferent ustanawia pełnomocnika do złożenia oferty i reprezentowania go w konkursie, Oferent jest zobowiązany złożyć wraz z ofertą odpowiednie pełnomocnictwo w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie „za zgodność z oryginałem”.

Jeżeli Oferent ustanawia pełnomocnika do złożenia oferty i reprezentowania go w konkursie, Oferent jest zobowiązany złożyć wraz z ofertą odpowiednie pełnomocnictwo w oryginale lub kopii poświadczonej notarialnie „za zgodność z oryginałem”.

6.4 Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.

6.5 Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie



poświadczenia kopii dokumentu, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

- 6.6 Wszystkie ceny podane w ofercie muszą być wyrażone w złotych polskich, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (groszy). Ceny podane w ofercie muszą uwzględniać wszystkie koszty związane z wykonywaniem zamówienia na udzielanie świadczeń objętych konkursem.
- 6.7 Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

7 MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

7.1. Ofertę należy złożyć w Sekretariacie B Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Generała Józefa Bema 24, 11-600 Węgorzewo w terminie **do dnia 15.06.2026 r. do godz. 14:00.**

7.2. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opisanej w sposób następujący:

„DANE SZPITALA

„Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych

Nie otwierać przed upływem terminu otwarcia ofert”

7.3. Oferent może wycofać złożoną ofertę powiadamiając pisemnie Udzielającego zamówienia przed upływem terminu składania ofert.

8 TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent związany jest ofertą do 40 dni od upływu terminu składania ofert.

9 PRZEBIEG KONKURSU

- 9.1. Konkurs przeprowadza komisja konkursowa powołana przez Udzielającego zamówienia.
- 9.2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w siedzibie Udzielającego zamówienia do dnia **19.06.2026 r. do godz. 15:00**
- 9.3. Oferenci zostaną powiadomieni pisemnie o zakończeniu i wyniku konkursu.
- 9.4. Jeżeli w wyniku rozstrzygnięcia konkursu została wybrana oferta najkorzystniejsza Udzielający zamówienia zawrze umowę, sporządzoną wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SWKO, z Oferentem, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą z terminem udzielania świadczeń w okresie **od 01.07.2026 r. do 30.06.2029 r.**
- 9.5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przedłużenia terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu bez podawania przyczyn. Oferentom nie przysługują żadne roszczenia wobec Udzielającego zamówienia z tytułu odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu.

10. KRYTERIA OCENY OFERT

Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty komisja konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przez lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub



medycyny rodzinnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych.

10.1. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów obliczonych w oparciu o ustalone kryteria przedstawione poniżej w tabeli:

L.p.	Nazwa kryterium	Miernik	Wartość punktowa
1	Cena	Cena brutto za udzielanie świadczeń zdrowotnych	$\text{Cena} = \frac{\text{cena min.brutto}}{\text{cena badanej oferty brutto}} \times 95 \text{ pkt}$
2	Wykształcenie	Udzielający Zamówienia przyznaje punkty za specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej	Posiadana specjalizacja w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej - 5 pkt.

11 INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA PROTESTÓW, ODWOŁAŃ

- 11.1 Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w SWKO.
- 11.2 Środki odwoławcze nie przysługują na:
- 1) wybór trybu postępowania,
 - 2) niedokonanie wyboru Oferenta,
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- 11.3. W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania, świadczeniodawca może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
- 11.4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
- 11.5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
- 11.6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.



- 11.7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
- 11.8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
- 11.9. Oferent może wnieść do Kierownika Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
- 11.10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

12. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA Z OFERENTAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW; WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z OFERENTAMI

- 12.1. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia i Oferent przekazują pisemnie na adres:

Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie
ul. Generała Józefa Bema 24, 11-600 Węgorzewo
nr tel.: 87 427 29 70 wew. 124

- 12.2. Osoba uprawniona do porozumiewania się z Oferentami:

Roksana Pietraszek tel. 87 427 01 24

13. ZAŁĄCZNIKI

1. Załącznik Nr 1 Formularz ofertowy (wzór)
2. Załącznik Nr 2 Oświadczenie Oferenta (wzór)
3. Załącznik Nr 3 Cennik Oferenta (wzór)
4. Załącznik Nr 4 Klauzula Informacyjna (wzór)
5. Załącznik Nr 5 Umowa (wzór) – załączniki do Umowy,

ZATWIERDZAM

Agnieszka Szalko
Dyrektor Szpitala Psychiatrycznego
SP ZOZ w Węgorzewie

.....
(podpis, pieczęć Dyrektora albo osoby
upoważnionej)

Strona 6 z 10

OFERTA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU OPIEKI
PSYCHIATRYCZNEJ I LECZENIA UZALEŻNIEŃ PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW
LUB LEKARZY W TRAKCIE SPECJALIZACJI W DZIEDZINIE CHOROÓB
WEWNĘTRZNYCH LUB MEDYCZYNY RODZINNEJ W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-
LECZNICZYM PSYCHIATRYCZNYM DLA DOROSŁYCH

Nazwa Przyjmującego Zamówienie:

.....

Adres siedziby praktyki/działalności gospodarczej:

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności
gospodarczej)

.....

Imię nazwisko:

PESEL:

NIP:.....

REGON:.....

Numer telefonu:

Adres poczty elektronicznej:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

Załącznik Nr 2 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przez lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych.

Udzielający zamówienia:

1. Zapoznałem / zapoznałam* się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert dotyczącego konkursu na udzielenie ww. świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Zapoznałem / zapoznałam* się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń. *
4. Oświadczam, że nie zawarłem jako świadczeniodawca umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonując działalność leczniczą w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej / ani w ramach prowadzonego indywidualnie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego /ani w ramach prowadzonego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w formie spółki cywilnej. *
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji konkursu.
6. Oświadczam, że nie jestem karany(a) ani nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu.
7. Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.
8. Oświadczam, że w przypadku utraty, zawieszenia lub ograniczenia prawa wykonywania zawodu lekarza (PWZ), a także w razie zaistnienia jakichkolwiek innych okoliczności mogących uniemożliwić lub ograniczyć wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym Szpital Psychiatryczny SP ZOZ w Węgorzewie.
9. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO), niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert.

* Niepotrzebne skreślić

** Wybrać właściwą opcję

Podpis(y):

L.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

CENNIK OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przez lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych.

Udzielający zamówienia:

Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie
ul. Generała Józefa Bema 24, 11-600 Węgorzewo

Lp.	Zakres czynności	Cena jednostkowa brutto zł	Proponowany tygodniowy wymiar czasu pracy
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym dla Dorosłych	Wynagrodzenie za 1 godzinę zł	

Podpis(y):

Lp.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

**Klauzula informacyjna
DLA OFERENTA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH I PRAWACH Z TYM
ZWIĄZANYCH**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. J. Bema 24, 11-600 Węgorzewo numer kontaktowy: 87 427-29-70, kancelariaa@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl zwanym dalej **Administratorem**.
2. Inspektorem ochrony danych w siedzibie Administratora jest Pani Paulina Więckiel, e-mail: iod@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez Administratora na podstawie art. 6 ust 1 lit. b RODO¹ tj. w celu podjęcia działań niezbędnych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a także w celu weryfikacji spełnienia warunków, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza. Szczególne kategorie Pani/Pana danych osobowych będą przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO tj. w celu profilaktyki zdrowotnej i oceny zdolności kandydata do pracy.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą jedynie upoważnione osoby wchodzące w skład komisji konkursowej, których zadaniem będzie wyłonienie najkorzystniejszej oferty. Wszystkie osoby wchodzące w skład komisji zostały zobowiązane do zachowania poufności.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane:
 - a) w przypadku wyboru oferty- przez okres trwania postępowania konkursowego a następnie przez okres trwania umowy oraz archiwizowane po tym czasie do celów księgowych oraz w celu ustalenia bądź dochodzenia ewentualnych roszczeń,
 - b) w przypadku odrzucenia oferty- przez okres 2 lat od dnia wyboru najkorzystniejszej oferty w celach ustalenia bądź odchodzenia ewentualnych roszczeń.
6. Podanie danych osobowych jest niezbędne do rozpatrzenia oferty i przeprowadzenia postępowania konkursowego a konsekwencją ich niepodania będzie odrzucenie oferty z powodu braków formalnych.
7. Posiada Pani/Pan:
 - a) prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
 - b) prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
 - c) prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO,
 - d) prawo do żądania usunięcia danych osobowych, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 17 RODO,
 - e) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul Stawki 2, |00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,

Lp	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

¹ 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.).