**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**ul. 3 Maja 16**

**07-200 Wyszków**

*Dotyczy**: zapytania ofertowego na „Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla kandydatów do pracy oraz pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszkowie w 2022r*

**OŚWIADCZENIE[[1]](#footnote-1)**

Oświadczam, że

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa Wykonawcy)*

spełniam warunki udziału w zapytaniu ofertowym, tj.:

* 1. jestem uprawniony do wykonywania w pełnym zakresie usług medycznych, o których mowa w art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.) i spełnia warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067, ze zm.) oraz zadań określonych ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1175, ze zm.),
  2. posiadam uprawnienia i kwalifikacje zawodowe określone w odrębnych przepisach i przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za jakość wykonywanych usług medycznych,
  3. jestem ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń objętych zakresem niniejszego zamówienia,
  4. zapewnię wykonywanie badań przez personel lekarski, pielęgniarski i inny posiadający wszelkie niezbędne w tym zakresie uprawnienia i kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  5. zapewnię realizację usług medycznych w placówce/placówkach medycznych zlokalizowanych na terenie miasta Wyszkowa, znajdujących się na terytorium siedziby Zamawiającego, tj. ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszków.

oraz:

1. ponoszę pełną odpowiedzialność cywilną i karną za szkodę wyrządzoną osobie badanej w trakcie wykonywania badań lekarskich,
2. ponoszę całkowitą odpowiedzialność za używanie leków, materiałów medycznych i stosowanych procedur medycznych.
3. zapewnię wszelkie materiały potrzebne do świadczenia usług medycznych na własny koszt,
4. zapewnię pomieszczenia, w których realizowane będą usługi medyczne, wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające, że aparatury i sprzęt medyczny dopuszczone są do użytku oraz pomieszczenia odpowiadają wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.),
5. zapewnię placówkę/ki medyczną/e zlokalizowaną/e na terenie miasta Wyszkowa, działającą/e w reżimie sanitarnym w zakresie wynikającym z obowiązujących wytycznych i ograniczeń związanych z zapobieganiem choroby wywołanej wirusem SARS CoV-2.
6. **spełniam wymagania określone w art.** 28, 29, 30, 32, 33 **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, w szczególności:**

a) zapewniam, że stosuje środki techniczne i organizacyjne zapewniające bezpieczeństwo przekazanych danych osobowych,

b) zapewniam, że dostęp do powierzonych danych osobowych mają jedynie osoby upoważnione, którym Wykonawca polecił przetwarzanie danych osobowych,

c) zapewniam, że dostęp do pomieszczeń, w których przetwarzane są powierzone dane, mają jedynie osoby do tego upoważnione oraz, że dostęp do tych pomieszczeń jest nadzorowany,

d) zapewniam, że systemy, aplikacje i sprzęt informatyczny wykorzystywany do przetwarzania powierzonych danych są zabezpieczone przed nieautoryzowanym ujawnieniem lub utratą powierzonych danych,

e) zapewniam, że połączenie zdalnego dostępu do systemu informatycznego zabezpieczone jest szyfrowanym kanałem,

f) zapewniam, że będę współpracować z administratorem w celu realizacji praw osób, których dotyczą powierzone dane osobowe, wskazanych w Rozdziale III przytoczonego Rozporządzenia,

g) zapewniam, że będę niezwłocznie informować administratora o naruszeniu ochrony danych osobowych, a także współpracować z administratorem w zakresie niezbędnym do wypełnienia obowiązków związanych z naruszeniem ochrony danych osobowych ciążących na administratorze na podstawie przytoczonego Rozporządzenia.

1. Oświadczam, że prowadzę dokumentację potwierdzającą wykonywanie powyższych czynności oraz, że na żądanie administratora udostępnię wskazaną dokumentację.

…………………. ……………. …………………………………..

Miejscowość data podpis Wykonawcy

1. **Oświadczenie podpisuje każdy Wykonawca składający ofertę** [↑](#footnote-ref-1)