

OGŁOSZENIE 2/12/2018 z dnia 7.12.2018 roku
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw
Wewnętrznych i Administracji w Otwocku

działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.)

ogłasza konkurs ofert na:

udzielanie świadczeń zdrowotnych superwizja dla zespołu terapeutycznego
Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych

1. Udzielający Zamówienia

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku
ul. Bolesława Prusa 1/3
05-400 Otwock
Godziny urzędowania: pn.- pt.: od godziny 7:45 do godziny 15:20.

2. Opis przedmiotu zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: superwizja dla zespołu terapeutycznego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych.
Superwizja będzie dokonywana 1 raz w miesiącu – **w wymiarze 5 godzin w okresie od styczeń 2019 roku do grudnia 2019 roku.**

Szczegółowy zakres zamówienia zawarty jest w załączniku nr 1 do Ogłoszenia.

CPV: **80400000-8** Usługi edukacji osób dorosłych oraz inne

3. Udzielający Zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.

4. Termin wykonania zamówienia - od dnia zawarcia umowy do dnia 20.12.2019 r.

5. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:

- 1) posiadają uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia w ramach ogłoszonego konkursu – do potwierdzenia poprzez złożenie kopii stosownych dokumentów – potwierdzonych za zgodność z oryginałem, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień:
 - a) psycholog albo osoba, posiadająca certyfikat superwizora, która spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) posiada dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.),
 - b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,

- c) posiada zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończone egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty – zwana dalej „osobą prowadzącą psychoterapię”,
lub
 - d) osoba, o której mowa w lit. a, posiadająca status osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu, o którym mowa w lit. b, oraz posiadająca zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie oraz pracująca pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty, zwana dalej „osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty”,
- 2) posiadają co najmniej 5 letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie superwizji do potwierdzenia w formularzu ofertowym (zał. nr 2 do ogłoszenia),
 - 4) posiadają niezbędne wykształcenie i doświadczenie do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszonego konkursu – do potwierdzenia w formularzu ofertowym (zał. nr 2 do ogłoszenia).

6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

- 1) formularz ofertowy – zał. nr 2 do Ogłoszenia
- 2) formularz cenowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia

Osoby uprawnione do porozumiewania się z Oferentami:

Dominika Borawska – d.borawska@zozmswia.pl; tel. 22 779 46 71

7. Opis sposobu przygotowania oferty.

- 1) Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie oferty alternatywnej skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
- 2) Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 3) Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez Oferenta.

8. Miejsce i termin składania ofert.

- 1) Oferty należy składać w nieprzejrzystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **18 grudnia 2018 roku do godz. 14:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
- 2) Opakowanie zawierające ofertę powinno być zaadresowane:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku
ul. Bolesława Prusa 1/3
05-400 Otwock
oraz oznakowane następująco:

„Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych superwizja dla zespołu terapeutycznego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych „

” i opatrzone nazwą oraz dokładnym adresem Oferenta. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnej z w/w opisem ponosi Oferent.

9. Kryteria wyboru oferty i sposób oceny.

- a. Wybór oferty zostanie dokonany na podstawie kryteriów: cena i dodatkowe kwalifikacje wg poniższych zasad:

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium	Sposób punktowania
1.	Cena brutto za godzinę udzielanie świadczeń	100%	Najniższa zaoferowana cena za godzinę brutto / cena badanej oferty x 100 pkt. waga kryterium

- b. Udzielający Zamówienia wybierze **1 ofertę** z najwyższą liczbą punktów wyliczoną na podstawie wyznaczonych kryteriów spośród ofert niepodlegających odrzuceniu, z zastrzeżeniem, że nie przekroczą kwoty, jaką Udzielający Zamówienia zamierza przeznaczyć na sfinansowanie świadczenia i z tymi Przyjmującymi Zamówienie zawrze umowy.
- c. W przypadku, gdy liczba ofert z najwyższą liczbą punktów będzie **większa niż 1**, Udzielający Zamówienia wezwie oferentów do złożenia w określonym terminie ofert dodatkowych, w zakresie w jakim będzie to niezbędne do rozstrzygnięcia konkursu. Oferenci składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować ceny wyższej, niż zaoferowana w złożonej ofercie.

10. Udzielenie zamówienia

Zamówienie zostanie udzielone Oferentowi, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o kryteria wyboru podane w pkt. 9 niniejszego Ogłoszenia.

Załączniki:

- 1) Szczegółowy zakres zamówienia (zał. nr 1),
- 2) Formularz ofertowy (zał. nr 2),
- 3) Formularz cenowy (zał. nr 3).
- 4) Istotne postanowienia umowy (zał nr 4)

Otwock, dnia 7.12.2018 r.

Zatwierdzam:
Dyrektor
SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA
w Otwocku
/-/ Dariusz Kołodziejczyk

Szczegółowy Zakres Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych superwizja dla zespołu terapeutycznego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych.

Superwizja będzie dokonywana raz w miesiącu – w wymiarze 5 godzin

Szacowana liczba godzin w 2018 – 60 godzin

Warunki udzielania świadczeń:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych superwizja dla zespołu terapeutycznego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych.
2. Świadczenia będą udzielane w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Liczba osób wykonujących zamówienie: 1 osoba
4. Termin realizacji zamówienia: od dnia zawarcia umowy do dnia 20.12.2018 r.

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

Imię i nazwisko:
 Miejsce zam/.:kod.....ul.....
 nr telefonu/fax, e-mail.....
 Dowód osobisty * seria numer
 wydany przez.....
 PESEL * NIP.....

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku
 ul. Bolesława Prusa 1/3
 05-400 Otwock

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert „Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych superwizja dla zespołu terapeutycznego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych”, zobowiązuję się świadczyć usługę na zasadach określonych w Ogłoszeniu.

1. Termin realizacji zamówienia: **od dnia zawarcia umowy do dnia 20.12.2018 r.**
2. Termin płatności: zgodnie z § 6 ust. 2 Istotnych Postanowień Umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 4 do Ogłoszenia i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
4. **Oświadczam, że posiadam kwalifikacje o którym mowa w pkt. 5 Ogłoszenia.**
5. **Oświadczam, że posiadam letnie doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych o którym mowa w pkt. 5.2. Ogłoszenia. (wypełnia Oferent).**
6. **Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt 5. Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.**
7. Ofertę niniejszą składamy na zapisanych kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.
8. Załącznikami do niniejszej oferty są:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4).....

....., dnia

.....
 (podpis Przyjmującego Zamówienie)

*niepotrzebne skreślić

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku
ul. Bolesława Prusa 1/3
05-400 Otwock

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:

Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

Adres Przyjmującego Zamówienie:

**Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych superwizja dla zespołu terapeutycznego
Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych**

FORMULARZ CENOWY

Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym,
Przyjmujący Zamówienie oferuje wynagrodzenie w wysokości:

Lp.	Nazwa świadczenia	
1	2	3 (wypełnia Oferent)
1.	Cena brutto za godzinę udzielania świadczeń	

Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

....., dnia

.....
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

Istotne postanowienia umowy

zawarta w dniu2018 r.

pomiędzy

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpitalem Specjalistycznym MSWiA w Otwocku, z siedzibą w Otwocku, ul. Prusa 1/3, 05-400 Otwock, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy pod numerem KRS – 0000177289, NIP 532-10-17-768, REGON 010158710

reprezentowanym przez Dyrektora –

zwanym dalej „Udzielającym zamówienia”.

a

.....

zwaną dalej “Przyjmującym zamówienie”

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych superwizji dla zespołu terapeutycznego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych na potrzeby realizowanych zadań w szczególności w ramach Narodowego Programu Zdrowia
2. Superwizja będzie wykonywana w okresie od stycznia 2019 roku do grudnia 2019 roku raz w miesiącu – w wymiarze 5 godzin.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że spełnia wymagania formalne wymagane w zakresie wykonywanej usługi.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli spełnienia wymagań określonych w ust. 3.

§ 2

Cena za jedną godzinę (60 minut) zajęć wynosi zł (słownie: złotych) brutto.

§ 3

1. Usługa wykonywana będzie w okresie od do roku.
2. Ilość i termin usług uzgadniane będą każdorazowo z Udzielającym zamówienia.

§ 4

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

- 1) wykonywania przedmiotu umowy własnymi siłami, bez prawa powierzenia ich wykonania innym podmiotom gospodarczym,
- 2) wykonywania przedmiotu umowy z należytą starannością,
- 3) kwartalnego składania sprawozdań z wykonywanych prac zgodnie z ustaleniami zawartymi z Udzielającym zamówienia.

§ 5

1. Udzielający zamówienia oświadcza, iż jest administratorem danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000 ze zm.).
2. Udzielający zamówienia powierza Przyjmującemu zamówienie przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do przetwarzania przekazanych danych osobowych wyłącznie w zakresie oraz w celu zgodnym z niniejszą umową.
4. W związku z tym, że podczas wykonywania przez Przyjmującego zamówienia obowiązków określonych w umowie może wystąpić potrzeba przetwarzania danych osobowych pacjentów

oraz kontrahentów Udzielającego zamówienia strony zawierają „Umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych” stanowiącą załącznik do niniejszej umowy.

5. Przyjmujący zamówienie nie może powierzyć przetwarzanie powierzonych danych podmiotowi trzeciemu bez zgody Udzielającego zamówienia.
6. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przestrzegania, w zakresie przekazanych danych, obowiązujących przepisów.
7. Przyjmujący zamówienie odpowiada za wszelkie szkody wyrządzone Udzielającemu zamówienia lub osobom trzecim wynikające z niezgodnego z obowiązującymi przepisami prawa lub z niniejszą umową przetwarzania danych osobowych.

§ 6

1. Faktury wystawiane będą bezpośrednio po wykonaniu każdej superwizji.
2. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie za wykonane usługi w terminie 14 dni od daty dostarczenia faktury i złożenia potwierdzenia wykonanych usług przez Udzielającego zamówienia.
3. Osobą uprawnioną do potwierdzania w imieniu Udzielającego zamówienia wykonania przez Przyjmującego zamówienie obowiązków wynikających z umowy jest Kierownik Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych.
4. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku Udzielającego zamówienia.

§ 7

1. Udzielający zamówienia ma prawo do wypowiedzenia niniejszej umowy z 30-dniowym okresem wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Udzielający zamówienia ma prawo do wypowiedzenia niniejszej umowy w trybie natychmiastowym w przypadku:
 - a) niewłaściwego świadczenia przez Przyjmującego zamówienie usług będących przedmiotem niniejszej umowy,
 - b) powierzenia przez Przyjmującego zamówienie wykonanie usług innym wykonawcom,
 - c) nie przystąpienia przez Przyjmującego zamówienie w ustalonym terminie do realizacji przedmiotu umowy.
3. Przyjmujący zamówienie ma prawo rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym w przypadku, gdy Udzielający zamówienia będzie zalegał z płatnościami faktur w części lub w całości przez okres dłuższy niż trzy miesiące.

§ 8

1. W ramach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.
2. Spory wynikłe w trakcie wykonywania niniejszej umowy, Strony zobowiązują się poddać rozstrzygnięciu Sądu właściwego dla Udzielającego zamówienia.
3. Zmiana treści umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej strony.

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

UMOWA POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

stanowiąca uzupełnienie Umowy .../2018 z dnia 2018 roku

zawarta w dniu 2018 roku w Otwocku, pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpitalem Specjalistycznym MSWiA w Otwocku, z siedzibą w Otwocku, ul. Prusa 1/3, 05-400 Otwock, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy pod numerem KRS – 0000177289, NIP 532-10-17-768, REGON 010158710

reprezentowanym przez Dyrektora – Dariusza Kołodziejczyka
zwanym dalej „**Administratorem**”

a

.....
zwaną dalej „**Przetwarzającym**”,

zwanymi łącznie „Stronami”, osobno zaś „Stroną”,

Preambuła

Mając na uwadze, że:

Strony zawarły umowę nr/2018 w dniu roku (dalej: „Umowa Podstawowa”), w związku z wykonywaniem której Administrator powierzył Przetwarzającemu przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym Umową. Celem Umowy jest ustalenie warunków, na jakich Przetwarzający wykonuje operacje przetwarzania danych osobowych w imieniu Administratora.

Strony – zawierając Umowę – dążą do takiego uregulowania zasad powierzenia przetwarzania danych osobowych, aby były one zgodne oraz spełniały wszelkie wymogi zawarte w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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, zwanym dalej: „**RODO**”);

Strony postanowiły zawrzeć Umowę o następującej treści:

§ 1

Opis przetwarzania

1. Na warunkach określonych Umową Administrator powierza Przetwarzającemu przetwarzanie danych osobowych (zwane dalej: „Danymi”), opisanych szczegółowo w § 1 ust. 5 Umowy.
2. Przetwarzanie będzie wykonywane w okresie obowiązywania Umowy Podstawowej.
3. Dane przetwarzane będą w celu oraz w związku z realizacją Umowy Podstawowej i wskazanych w niej obowiązków Stron. Przetwarzający zobowiązuje się do przetwarzania powierzonych mu Danych wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji obowiązków wynikających z Umowy Podstawowej.
4. Przetwarzanie przez Przetwarzającego będzie miało charakter częściowo zautomatyzowany.

5. Przetwarzanie obejmować będzie następujące rodzaje Danych:
 - 1) Dane zwykłe:
 - a) imię i nazwisko;
 - b) numer ewidencyjny PESEL;
 - c) adres e-mail;
 - d) numer telefonu;
 - e) adres zamieszkania;
 - f) data urodzenia;
 - g) seria i nr dokumentu tożsamości;
 - h) imiona rodziców;
 - i) dane osób wskazanych do kontaktu
 - j) dane osób uprawnionych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i do dostępu do dokumentacji medycznej
6. Przetwarzanie Danych będzie dotyczyć następujących kategorii osób:
 - 1) Pacjenci Administratora
7. Przetwarzający nie może powierzyć przetwarzania powierzonych danych podmiotowi trzeciemu bez zgody Udzielającego zamówienia.
8. Przetwarzający zamówienie będzie przetwarzał dane wyłącznie w siedzibie Administratora i przy użyciu udostępnionego sprzętu informatycznego oraz dokumentacji papierowej.
9. Administrator nada Przetwarzającemu indywidualny login i hasło do systemu informatycznego.
10. Login i hasło wymienione w ust. 9 zostanie wygaszone w dniu zakończenia Umowy.

§ 2

Oświadczenia Stron

1. Administrator oświadcza, że jest Administratorem Danych oraz że jest uprawniony do ich przetwarzania w zakresie, w jakim powierzył je Przetwarzającemu.
2. Przetwarzający oświadcza, że zna przepisy z zakresu przepisów dotyczących ochrony danych osobowych i odpowiedzialności za ich nieprzestrzeganie;

§ 3

Obowiązki i Prawa Stron

1. Przetwarzający zobowiązany jest przetwarzać Dane wyłącznie w zakresie określonym w Upoważnieniu do przetwarzania danych wydanym przez Administratora;
2. Przetwarzający złoży przy podpisaniu Umowy oświadczenie o poufności, stanowiące załącznik do niniejszej Umowy;
3. Administrator jest uprawniony do kontrolowania wykonania powyższych obowiązków, w tym posiada prawo wglądu we wszelkie oświadczenia, ewidencje, upoważnienia oraz pozostałą dokumentację związaną z wykonaniem przez Przetwarzającego obowiązków wynikających z Umowy.
4. W razie potrzeby i na żądanie Administratora Przetwarzający zobowiązuje się pomagać Administratorowi w wywiązywaniu się z następujących obowiązków:
 - 1) wypełniania obowiązków związanych z wdrożeniem odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych dla zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania wszelkich danych osobowych przez Administratora, zgodnie z art. 32 RODO;
 - 2) zgłaszania naruszenia ochrony danych osobowych organowi nadzorcemu zgodnie z art. 33 RODO;

- 3) zawiadamiania osoby, której dane dotyczą, o naruszeniu ochrony danych osobowych zgodnie z art. 34 RODO;
- 4) dokonania oceny skutków planowanych operacji przetwarzania dla ochrony danych osobowych zgodnie z art. 35 RODO;
- 5) przeprowadzaniu konsultacji z organem nadzorczym zgodnie art. 36 RODO.

§ 4

Naruszenie ochrony danych osobowych

1. W przypadku stwierdzenia jakiegokolwiek naruszenia ochrony Danych Przetwarzający bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż 24 godzin od powzięcia wiadomości o naruszeniu, zgłasza ten fakt Administratorowi, wskazując w zgłoszeniu:
 - 1) dacie, czasie trwania oraz lokalizacji naruszenia ochrony Danych;
 - 2) charakterze i skali naruszenia, tj. w szczególności o kategoriach i przybliżonej liczbie osób, których dane dotyczą, oraz kategoriach i przybliżonej liczbie wpisów danych osobowych, których dotyczy naruszenie, a w razie możliwości, także wskazania podmiotów danych, których dotyczyło naruszenie;
 - 3) systemie informatycznym, w którym wystąpiło naruszenie (jeżeli naruszenie nastąpiło w związku z przetwarzaniem danych w systemie informatycznym);
 - 4) przewidywanym czasie potrzebnym do naprawienia szkody spowodowanej naruszeniem;
 - 5) charakterze i zakresie Danych objętych naruszeniem;
 - 6) możliwych konsekwencjach naruszenia, z uwzględnieniem konsekwencji dla osób, których dane dotyczą;
 - 7) środkach podjętych w celu zminimalizowania konsekwencji naruszenia oraz proponowanych działaniach zapobiegawczych i naprawczych.
 - 8) danych kontaktowych osoby mogącej udzielić dalszych informacji o naruszeniu.
2. Zgłoszenie naruszenia ochrony Danych następuje w formie korespondencji elektronicznej.
3. Jeśli informacji, o których mowa powyżej, nie da się udzielić w tym samym czasie co pozostałych, Przetwarzający ma obowiązek udzielić ich Administratorowi w terminie 24 godzin od przekazania informacji o naruszeniu.
4. Przetwarzający podejmuje bez zbędnej zwłoki wszelkie działania mające na celu ograniczenie i naprawienie negatywnych skutków naruszenia ochrony Danych.

§ 5

Odpowiedzialność Przetwarzającego

1. Przetwarzający odpowiada za szkody spowodowane swoim działaniem w związku z niedopełnieniem obowiązków, które RODO lub Umowa nakłada na Przetwarzającego, lub gdy działał poza zgodnymi z prawem instrukcjami lub zaleceniami Administratora lub wbrew tym instrukcjom lub zaleceniom. Przetwarzający odpowiada za szkody spowodowane zastosowaniem lub niezastosowaniem właściwych środków bezpieczeństwa.
2. Przetwarzający odpowiada za działania i zaniechania osób, przy pomocy których będzie przetwarzał Dane oraz za podmioty, którym podpowierzył przetwarzanie Danych, jak za działania lub zaniechania własne.

3. Przetwarzający zapłaci Administratorowi karę umowną w wysokości 300,00 zł (słownie: trzysta złotych 00/100) za każdy przypadek naruszenia zobowiązań określonych w Umowie lub w RODO. Zapłata kary umownej nastąpi w ciągu 7 dni o dnia otrzymania noty księgowej przez Przetwarzającego. Administratorowi przysługuje prawo do naliczania kar umownych za każdy przypadek, niezależnie od ich ilości, częstotliwości oraz rodzaju.
4. Administratorowi przysługuje prawo do żądania odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej.
5. Obowiązek zapłaty kwot, o których mowa w § 8 ust. 5, ciąży na Przetwarzającym również po wygaśnięciu Umowy.

§ 6

Czas trwania powierzenia i wypowiedzenie Umowy

Powierzenie przetwarzania Danych trwa przez czas obowiązywania Umowy Podstawowej. W celu uniknięcia wątpliwości, rozwiązanie Umowy Podstawowej skutkuje rozwiązaniem Umowy.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. Niniejsza Umowa stanowi całość uzgodnień między Stronami w zakresie ochrony Danych oraz zastępuje wszelkie dotychczasowe regulacje powierzenia przetwarzania danych osobowych obowiązujące pomiędzy Stronami, niezależnie od sposobu ich poczynienia.
2. Spory na tle realizacji Umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu właściwego miejscowo dla siedziby Administratora.
3. Umowa wchodzi w życie z dniem jej zawarcia.
4. Zmiany i uzupełnienia Umowy mogą być dokonane wyłącznie w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
5. Do wszystkich kwestii nieuregulowanych wprost w niniejszej Umowie zastosowanie ma prawo polskie oraz RODO i inne przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.
6. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Administrator

Przetwarzający

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI

Oświadczam, że znam przepisy w zakresie ochrony danych osobowych, wynikających z 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) oraz innymi aktami prawnymi i branżowymi regulującymi zasady postępowania w tym zakresie oraz wszystkimi dokumentami wewnętrznymi organizującymi proces zarządzania danymi osobowymi w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Otwocku zobowiązuję się do:

1. Zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem obowiązków na rzecz podmiotu leczniczego,
2. Przetwarzania powierzonych mi danych jedynie w zakresie udzielonego upoważnienia,
3. Ochrony danych osobowych, do których przetwarzania zostałam/ zostałem dopuszczony przez Administratora,
4. Stosowania wszelkich zabezpieczeń w celu ochrony powierzonych mi danych osobowych w związku z wykonywaniem obowiązków na rzecz podmiotu leczniczego,
5. Niewykorzystywania danych osobowych do innych celów niż te wynikające z obowiązków wobec podmiotu leczniczego,
6. Zgłaszania wszelkich incydentów, zagrożeń, potencjalnych naruszeń systemu ochrony danych osobowych w podmiocie leczniczym.

Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami będą traktowane jako ciężkie naruszenie moich obowiązków wobec podmiotu leczniczego i może rodzić sankcje karne i finansowe, wynikające z przepisów prawa, w tym mogą stanowić podstawę dochodzenia odszkodowań w trybie cywilno-prawnym.

.....
(czytelny podpis)