Iwiny, 09.11.2022r.

…………………………………….

(pieczątka zamawiającego )

**Z A P Y T A N I E O F E R T O W E**

postępowania o wartości nieprzekraczającej kwoty 130.000 złotych netto

na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo Zamówień Publicznych

(Dz. U. z 2019r., poz. 2019)

**Dotyczy :**  **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH (BADANIA PROFILAKTYCZNE WSTĘPNE, OKRESOWE I KONTROLNE, BADANIA DO CELÓW SANITARNO -EPIDEMIOLOGICZNYCH, BADANIA W CELU WYDANIA ORZECZEŃ O POTRZEBIE UDZIELENIA NAUCZYCIELOWI URLOPU DLA PORATOWANIA ZDROWIA) DLA PRACOWNIKÓW ZESPOŁU SZKOLNO – PRZEDSZKOLNEGO W IWINACH.**

**I. Nazwa i adres Zamawiającego**

Gmina Warta Bolesławiecka, Warta Bolesławiecka 40c, 59-720

Raciborowice Górne NIP Gminy: 612-16-36-289, Zespół Szkolno – Przedszkolny w Iwinach Iwiny

Osiedle - 60, 59-720 Iwiny, tel. 75 /738 9570, e-mail: [zspiwiny@wp.pl](mailto:zspiwiny@wp.pl).

**II. Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług medycznych w okresie **od 01.01.2023r. do**

**31.12.2023r.** do którego Zamawiający jest zobowiązany na podstawie Kodeksu Pracy, Ustawie o

służbie medycyny pracy tj. (badań profilaktycznych, wstępnych, okresowych i kontrolnych, badań

do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz badan w celu wydania orzeczeń o potrzebie udzielenia

nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia) dla pracowników Zespołu Szkolno – Przedszkolnego

w Iwinach, Iwiny – Osiedle 60, 59-720 Iwiny.

1. Opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 1 do zapytania ofertowego.
2. Oferent musi zaoferować przedmiot zamówienia zgodny z wymogami Zamawiającego zawartymi w opisie do niniejszego zapytania.
3. Oferent musi zapewnić, że ceny jednostkowe podane w ofercie nie ulegną zmianie przez cały okres trwania umowy.
4. Zamawiający dopuszcza zamówienie dodatkowych usług, które nie zostały wyszczególnione w załączniku 1. W przypadku takich zamówień – ceny będą ustalane indywidualnie.

**III. Opis sposobu przygotowania oferty**

Dokumenty, które należy dostarczyć do Zamawiającego:

* Oferta cenowa – załącznik nr 2

Oferta cenowa powinna być:

* Opatrzona pieczątką firmową
* Posiadać datę sporządzenia
* Podpisana czytelnie przez Wykonawcę.

Oferta powinna zawierać:

* Wartość ofert (wartość netto, brutto) w podziale na pozycje wymienione w formularzu ofertowym
* Adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP.

**IV. Miejsce oraz termin składania ofert**

1. Termin złożenia oferty: **do 23.11.2022r. do godz. 12.00.**
2. Ofertę sporządzoną w języku polskim zawierającą pełną nazwę oferenta, adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP, cenę przedmiotu zamówienia prosimy składać na piśmie w sekretariacie Zespołu Szkolno – Przedszkolnego w Iwinach lub przesłać na adres poczty elektronicznej [zspiwiny@wp.pl](mailto:zspiwiny@wp.pl).
3. Oferty przesłane po terminie nie będą rozpatrywane.
4. Oferent może przed upływem terminu składania ofert może zmienić lub wycofać ofertę.
5. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
6. Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie zspiwiny.biposwiata.pl

**V. Ocena ofert**

Jedyne kryterium stanowi cena, której waga wynosi 100%.

**VI. Informacje dotyczące wyboru najkorzystniejszej oferty**

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Oferentów drogą elektroniczną.

Zamawiający

Dyrektor ZSP w Iwinach

Elżbieta Koryluk-Sowa

**Załączniki do niniejszego zamówienia ofertowego**

1. Opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 1
2. Oferta cenowa – załącznik nr 2

Załącznik nr 1

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **NAUCZYCIELE** |
| Morfologia krwi |
| OB |
| Badanie ogólne moczu |
| Laryngolog |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |

|  |
| --- |
| **ADMINISTRACJA ORAZ PRACOWNICY UŻYTKUJĄCY W CZASIE PRACY MONITOR EKRANOWY CO NAJMNIEJ PRZEZ POŁOWE DOBOWEGO WYMIARU CZASU PRACY** |
| Morfologia krwi |
| OB |
| Badanie ogólne moczu |
| Badanie okulistyczne + dno oka |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |

|  |
| --- |
| **OBSŁUGA** |
| Morfologia krwi |
| OB |
| Badanie ogólne moczu |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |

|  |
| --- |
| **KONSERWATOR** |
| Morfologia krwi |
| OB. |
| Badanie ogólne moczu |
| Laryngolog |
| Badanie neurologiczne |
| Badanie okulistyczne + dno oka |
| Badanie EKG |
| Badanie audiometryczne |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |

|  |
| --- |
| **PERSONEL KUCHNI** |
| Morfologia krwi |
| OB |
| Badanie ogólne moczu |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |

|  |
| --- |
| **POZOSTAŁE** |
| RTG klatki piersiowej |
| Dobór szkieł okularowych wraz z wydaniem recepty |
| Książeczka do celów sanitarno- epidemiologicznych  - wraz z badaniem (wstępnym, okresowym, kontrolnym)  - poza badaniem (wstępnym, okresowym, kontrolnym) |
| Badania w celu udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia |
| Trzykrotne badanie kału do celów sanitarno - epidemiologicznych |

Załącznik nr 2

………………………………………

/ pieczęć firmowa /

**FORMULARZ OFERTOWY**

**……………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………..**

/ nazwa firmy, adres, NIP, REGON, nr telefonu /

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe przesłane przez Zespół Szkolno – Przedszkolny w Iwinach dotyczące świadczenia usług medycznych (badania profilaktyczne, wstępne, okresowe i kontrolne, badania do celów sanitarno – epidemiologicznych, badania w celu wydania orzeczeń o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia) dla pracowników Zespołu Szkolno – Przedszkolnego w Iwinach Iwiny – Osiedle 60, 59-720 Iwiny.

**SPECYFIKACJA RODZAJOWO – KOSZTOWA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH NA ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE MEDYCYNY PRACY DLA**

**ZESPOŁU SZKOLNO –PRZEDSZKOLNEGO W IWINACH**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAUCZYCIELE** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Laryngolog |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADMINISTRACJA ORAZ PRACOWNICY UŻYTKUJĄCY W CZASIE PRACY MONITOR EKRANOWY CO NAJMNIEJ PRZEZ POŁOWE DOBOWEGO WYMIARU CZASU PRACY** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Badanie okulistyczne + dno oka |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBSŁUGA** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KONSERWATOR** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Laryngolog |  |
| Badanie neurologiczne |  |
| Badanie okulistyczne + dno oka |  |
| Badanie EKG |  |
| Badanie audiometryczne |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONEL KUCHNI** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **POZOSTAŁE** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| RTG klatki piersiowej |  |
| Dobór szkieł okularowych wraz z wydaniem recepty |  |
| Książeczka do celów sanitarno- epidemiologicznych  - wraz z badaniem (wstępnym, okresowym, kontrolnym)  - poza badaniem (wstępnym, okresowym, kontrolnym) |  |
| Badania w celu udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia |  |
| Trzykrotne badanie kału do celów sanitarno - epidemiologicznych |  |
| **RAZEM** |  |

**WZÓR**

**UMOWA NR ………………….**

**O ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE MEDYCYNY PRACY**

zawarta w dniu ………………………… r. w Iwinach

pomiędzy:

**Gmina Warta Bolesławiecka, Warta Bolesławiecka 40c, 59-720**

**Raciborowice Górne NIP Gminy: 612-16-36-289,**

**Zespół Szkolno – Przedszkolny w Iwinach Iwiny Osiedle - 60, 59-720 Iwiny**

**tel. 75 /738 9570, e-mail:** [**zspiwiny@wp.pl**](mailto:zspiwiny@wp.pl)**.**

**reprezentowaną**

**przez Elżbietę Koryluk-Sowę Dyrektora Zespołu Szkolno – Przedszkolnego w Iwinach na pełnomocnictwa z dnia 2 września 2013r. – Zarządzenie Nr SOG.Z.69.2013 Wójta gminy Warta Bolesławiecka.**

zwaną dalej: ,,Zleceniodawcą”,

a

…………………………………………………………………………………………………………………….

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

……………………………………………………………………………………………………………………..

zwaną dalej: ,,Zleceniobiorcą”,

**§ 1**

Zleceniobiorca oświadcza, że jest uprawniony do wykonywania w pełnym zakresie usług medycznych, o których mowa w art. 229 Kodeksu Pracy, w sposób zgodny z postanowieniami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.05.1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320) zadań określonych ustawą z 27.06.1997r. o służbie medycyny pracy (t. j. Dz. U. z 2019r. poz. 1175) oraz badania lekarskiego w celu udzielenia / nieudzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia zgodnie z art. 73 ust. 10 Ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2021r. poz. 1762).

**§ 2**

1. Zakres opieki profilaktycznej wykonywanej na podstawie niniejszej umowy obejmuje usługi medyczne, do których Zleceniodawca obowiązany jest na podstawie Kodeksu Pracy oraz ustawy o służbie medycyny pracy (badania profilaktyczne: wstępne, okresowe i kontrolne, badania do celów sanitarno-epidemiologicznych, badania w celu wydania orzeczenia o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia oraz inne czynności zgodne z obowiązującymi

przepisami). Opieką objęci są wszyscy pracujący u Zleceniodawcy.

2. Umowa obejmuje świadczenia wymienione w cenniku stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

**§ 3**

1. Badania odbywają się w ………………………………………………………………………….. Rejestracja czynna w godz.: ……………………………………………………………………………………

2. Zleceniobiorca wykona badania:

1) w terminie nie dłuższym niż 1 dnia od dnia zgłoszenia się pracownika na badania zakończone

orzeczeniem o zdolności / niezdolności do pracy i wydanym pracownikowi.

2) w przypadku konieczności przedłużenia okresu wykonania badań (z uwagi na np. konieczność

dodatkowych konsultacji). Zleceniobiorca zawiadamia o tym fakcie niezwłocznie Zleceniodawcę wskazując wyznaczone daty badań i termin wydania orzeczenia końcowego – nie dłużej niż 30 dni od dnia zgłoszenia się pracownika na badania.

3) W celu wydania orzeczenia o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia w

terminie wyznaczonym indywidualnie, po wcześniejszym dostarczeniu skierowania. Lekarz

przeprowadzający badanie ma prawo zlecić badania dodatkowe i konsultacje specjalistyczne, które będą rozliczane według cennika obowiązującego u Zleceniobiorcy.

**§ 4**

Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

1) wykonania badania profilaktycznego, badania w celu udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia lub do książeczki zdrowia wyłącznie na podstawie skierowania wydanego przez Zleceniodawcę,

2) rejestracji osób objętych świadczeniami,

3) prowadzenia odpowiedniej dokumentacji,

4) przekazania badanemu pracownikowi zaświadczenia lekarskiego o zdolności, bądź niezdolności do pracy w dniu badania.

**§ 5**

Zleceniodawca obowiązany jest do:

1. wydania pracownikowi nie później niż 30 dni przed upływem okresu ważności poprzedniego

orzeczenia skierowania na badanie, które powinno zawierać: określenie rodzaju badania profilaktycznego (wstępne, okresowe, kontrolne, książeczka zdrowia),

2. w przypadku osób przyjmowanych do pracy lub pracowników przenoszonych na inne stanowisko pracy – określenie stanowiska pracy, na którym osoba ta ma być zatrudniona, w tym przypadku pracodawca może wskazać w skierowaniu dwa lub więcej stanowisk pracy, w kolejności odpowiadającej potrzebom zakładu.

3. w przypadku pracowników – dokładny opis stanowiska pracy, na którym pracownik jest zatrudniony,

wpisania informacji o występowaniu zagrożeń na wykonywanym stanowisku pracy,

4. przekazywania informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia pracowników lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań pomiarów tych czynników,

5. zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,

6. udostępnienia dokumentacji wyników kontroli warunków pracy, w części odnoszącej się do ochrony

zdrowia.

7. zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania badań profilaktycznych dla pracowników zleceniodawcy w ciągu jednego dnia.

**§ 6**

1. Z tytułu realizacji umowy Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie ustalone w oparciu o cennik usług

stanowiący Załącznik Nr 1 do niniejszej umowy na warunkach określonych poniżej:

1) płatność dokonywana jest na podstawie faktury wystawionej przez Zleceniobiorcę,

2) do każdej faktury dołączona będzie specyfikacja wykonanych badań zakończonych wydaniem

orzeczenia,

3) płatność dokonywana jest przelewem na konto Zleceniobiorcy na numer wskazany na fakturze w

ciągu 14 dni od dnia dostarczenia faktury oraz specyfikacji, o której mowa w pkt 2, z tym zastrzeżeniem, rachunek bankowy musi być zgodny z numerem rachunku ujawnionym w wykazie prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej. Gdy w wykazie ujawniony jest inny rachunek bankowy, płatność wynagrodzenia dokonana zostanie na rachunek bankowy ujawniony w wykazie. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zleceniodawcy,

4) W przypadku zamieszczenia na fakturze błędnych danych Zleceniodawcy, Zleceniobiorca niezwłocznie wystawi notę korygującą.

5) W przypadku wystąpienia na fakturze innych błędów, w tym błędów rachunkowych lub polegających na wpisaniu ilości usług/badań niezgodnej z rzeczywistym stanem lub z cennikiem usług stanowiącym

Załącznik nr 1, zapłata nastąpi po wystawieniu przez Zleceniobiorcę faktury korygującej, a termin

płatności liczony będzie od dnia otrzymania prawidłowej faktury ze skorygowanymi danymi.

6) Zleceniodawca po przekroczeniu w w/w terminu płatności obowiązany jest zapłacić Zleceniobiorcy

odsetki w wysokości ustawowej,

7) Zleceniobiorca jest podatnikiem VAT i posiada NIP: …………………………………………………….

8) Zleceniobiorca będzie wystawiał fakturę na następujące dane:

Nabywca: **GMINA WARTA BOLESŁAWIECKA WARTA BOLESŁAWIECKA 40C, 59-720 WARTA BOLESŁAWIECKA NIP GMINY: 612-16-36-289**

Płatnik: **ZESPÓŁ SZKOLNO – PRZEDSZKOLNY W IWINACH IWINY-OSIEDLE 60, 59-720 IWINY**

9) Zleceniodawca oświadcza, iż upoważnia Zleceniobiorcę do wystawiania faktury VAT bez jego podpisu,

10) Zleceniodawca wyraża zgodę na przesyłanie przez Zleceniobiorcę faktur drogą elektroniczną, na adres: [zspiwiny@wp.pl](mailto:zspiwiny@wp.pl).

2. W przypadku konieczności wykonania usługi niewymienionej w cenniku stanowiącym Załącznik Nr 1 do umowy, Zleceniobiorca wykona usługę zgodnie z obowiązującym u Zleceniobiorcy cennikiem usług medycznych.

**§ 7**

1. Umowa obowiązuje **od dnia 01.01.2023 r. do 31.12.2023r.**

2. Załącznik Nr 1 – cennik, stanowi integralną części umowy.

**§ 8**

1. Strony mogą rozwiązać Umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia dokonanego na koniec miesiąca kalendarzowego, bądź w formie porozumienia w razie zaistnienia przeszkód w jej realizacji niezależnych od stron.

2. Zleceniobiorca może rozwiązać Umowę bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zalegania Zleceniodawcy z płatnością za wykonane usługi powyżej 15 dni od wymaganego terminu płatności.

**§ 9**

Niniejsza umowa stanowi informację publiczną w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 6 września 2001r.

o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020r. poz. 2176 ze zm.) i podlega udostępnieniu na zasadach i w trybie określonych w ww. ustawie.

**§ 10**

1. Przetwarzanie danych osobowych z tytułu realizacji umowy odbywać się będzie zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami, w tym z rozporządzeniem 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 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018 r., str. 2), [dalej jako: „RODO”].

2. Zleceniodawca, realizując nałożony na administratora obowiązek informacyjny wobec osób fizycznych –zgodnie z art. 13 i 14 RODO – informuje, że:

1) administratorem danych osobowych jest Zespół Szkolno – Przedszkolny w Iwinach,

2) kontakt do inspektora ochrony danych osobowych – adres e-mail: [katarzyna.graczyk@amt24.biz](mailto:katarzyna.graczyk@amt24.biz) tel. 570 170 131. Powyższe dane kontaktowe służą wyłącznie do kontaktu w sprawach związanych bezpośrednio z przetwarzaniem danych osobowych. Inspektor ochrony danych nie posiada i nie udziela informacji dotyczących realizacji umowy,

3) dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO, w celu:

a) zawarcia i wykonania umowy,

b) wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Zleceniodawcy,

c) kontroli prawidłowości realizacji postanowień umowy,

d) ochrony praw Zleceniodawcę wynikających z umowy, a także w celu dochodzenia ewentualnych

uprawnień i roszczeń wynikających z umowy,

e) przechowywania dokumentacji na wypadek kontroli prowadzonej przez uprawnione organy i podmioty,

f) przekazania dokumentacji do archiwum, a następnie jej zbrakowania.

4) odbiorcami danych osobowych będą:

a) osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie umowa lub dokumentacja związania z realizacją

umowy w oparciu o powszechnie obowiązujące przepisy, w tym w szczególności w oparciu o art. 2 i

nast. ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz.

2176 ze zm.),

b) podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu Zleceniodawcy, w szczególności podmioty

świadczące usługi audytowe, usługi doradcze,

c) inni administratorzy danych, działający na mocy umów zawartych z Zleceniodawcą lub na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym:

- podmioty świadczące pomoc prawną,

- podmioty świadczące usługi pocztowe lub kurierskie,

- podmioty prowadzące działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze),

5) dane osobowe będą przetwarzane przez okres realizacji niniejszej umowy, okres rękojmi i gwarancji, przez okres niezbędny do dochodzenia roszczeń i obrony swoich praw z tytułu realizacji umowy oraz przez okres archiwizacji zgodny z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18.01.2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67),

6) osobie fizycznej, której dane dotyczą, przysługuje prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w RODO oraz w innych obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa,

7) osobie fizycznej, której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, iż dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z przepisami RODO,

8) obowiązek podania przez Zleceniobiorcę danych osobowych Zleceniodawcy jest warunkiem zawarcia umowy, a także jest niezbędny do realizacji i kontroli należytego wykonania umowy; konsekwencją niepodania danych będzie niemożność zawarcia i realizacji umowy,

9) w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO,

10) dane niepozyskane bezpośrednio od osób, których dotyczą, obejmują w szczególności następujące kategorie danych: imię i nazwisko, dane kontaktowe, stosowne uprawnienia do wykonywania określonych czynności,

11) źródłem pochodzenia danych osobowych niepozyskanych bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą, jest Zleceniobiorca.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się, przy przekazywaniu Zleceniodawcy danych osobowych (w rozumieniu RODO) osób trzecich, każdorazowo przedstawić oświadczenie o spełnieniu obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane lub oświadczenie, że zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego stosownie do art. 13 lub art. 14 RODO. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, należy przedstawiać Zleceniodawcy każdorazowo przy przekazywaniu m.in. danych osób skierowanych do realizacji przedmiotu umowy, danych osób do kontaktu oraz uprawnień osób skierowanych do realizacji umowy. Wraz z oświadczeniem, o którym mowa w zdaniu pierwszym, Zleceniobiorca przekaże Zleceniodawcy oświadczenie o realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 4 poniżej.

4. Zleceniobiorca zobowiązuje się poinformować, w imieniu Zleceniodawcy, wszystkie osoby fizyczne, których dane osobowe będą przekazywane Zleceniodawcy:

1) o fakcie przekazania danych osobowych Zleceniodawcy (wskazując wyraźnie, że dane osobowe będą Zleceniodawcy przekazane przez Zleceniobiorcę),

2) o tym, że dane osobowe będą przetwarzane przez Zleceniodawcę,

3) o treści klauzuli informacyjnej wskazanej w ust. 2 niniejszego paragrafu.

**§ 11**

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz przepisy prawa powszechnie obowiązującego.

2. Wszelkie zmiany do niniejszej wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

3. Do rozstrzygnięcia sporów wynikających z niniejszej umowy właściwym jest sąd powszechny dla siedziby Zleceniodawcy.

4. Strony wskazują następujące osoby do kontaktów w ramach realizacji Umowy:

a) ze strony Zleceniodawcy:

- w sprawach księgowych – Sabina Drozdek

- w sprawach organizacyjnych – Barbara Czerwińska

b) ze strony Zleceniobiorcy:……………………………………………………………………………………..

5. Zmiana osób wskazanych w ust. 4 powinna być dokonana w formie pisemnej i nie będzie traktowana jak zmiana Umowy.

6. Strony zastrzegają następujące adresy dla doręczeń:

a) Zleceniodawca: **ZESPÓŁ SZKOLNO – PRZEDSZKOLNY W IWINACH IWINY-OSIEDLE 60, 59-720 IWINY** email: zspiwiny@wp.pl

b) Zleceniobiorca :……………………………………..…………………………………………………………

7. Strony zobowiązują się do wzajemnego powiadamiania w formie dokumentowej o każdej zmianie danych, o których mowa w ust. 6, pod rygorem uznania korespondencji przekazanej na ostatnio znany adres Stron za skutecznie doręczoną.

8. W przypadku, gdyby którejkolwiek z postanowień umowy zostałoby uznane za nieważne, umowa w pozostałej części zostaje ważna.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8 Strony zobowiązują się do zastąpienia nieważnych postanowień umowy nowymi postanowieniami zbliżonymi celem do postanowień uznanych za nieważne.

10. Ewentualne spory powstałe przy wykonywaniu umowy rozstrzygać będzie Sąd powszechny właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

11. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Wykonawcy jeden egzemplarz dla Zamawiającego.

……………………………………… …………………………………….

ZLECENIODAWCA ZLECENIOBIORCA

Załączniki:

1. Cennik usług

2. Skierowanie na badanie lekarskie

3. Skierowanie na badania lekarskie (nauczyciel)

Załącznik nr 1

**SPECYFIKACJA RODZAJOWO - KOSZTOWA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH**

**DO UMOWY NR………………………………………… NA ŚWIADCZENIA USŁUG W ZAKRESIE**

**MEDYCYNY PRACY**

**ZESPÓŁ SZKOLNO – PRZEDSZKOLNY W IWINACH**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAUCZYCIELE** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Laryngolog |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADMINISTRACJA ORAZ PRACOWNICY UŻYTKUJĄCY W CZASIE PRACY MONITOR EKRANOWY CO NAJMNIEJ PRZEZ POŁOWE DOBOWEGO WYMIARU CZASU PRACY** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Badanie okulistyczne + dno oka |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBSŁUGA** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KONSERWATOR** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Laryngolog |  |
| Badanie neurologiczne |  |
| Badanie okulistyczne + dno oka |  |
| Badanie EKG |  |
| Badanie audiometryczne |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONEL KUCHNI** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| Morfologia krwi |  |
| OB |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **POZOSTAŁE** | **CENA BRUTTO (ZŁ)** |
| RTG klatki piersiowej |  |
| Dobór szkieł okularowych wraz z wydaniem recepty |  |
| Książeczka do celów sanitarno- epidemiologicznych  - wraz z badaniem (wstępnym, okresowym, kontrolnym)  - poza badaniem (wstępnym, okresowym, kontrolnym) |  |
| Badania w celu udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia |  |
| Trzykrotne badanie kału do celów sanitarno - epidemiologicznych |  |
| **RAZEM** |  |

……………………………………… …………………………………….

ZLECENIODAWCA ZLECENIOBIORCA

Załącznik nr 2

………………………………………… ………………………..…………….

(oznaczenie pracodawcy) (miejscowość, data)

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE**

**(wstępne / okresowe / kontrolne\*)**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 108, z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią\*) ……………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

Nr PESEL\*\*) ……………………………………………………………………………………………………………………

Zamieszkałego/zamieszkałą\*) ………………………………………………………………………………………………..

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Zatrudnionego/zatrudnioną\*) lub podejmującego/podejmującą\*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

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

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

Określenie stanowiska/stanowisk\*) pracy\*\*\*)

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku /stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika / czynników i wielkość / wielkości narażenia\*\*\*\*):

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych

wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

…………………………………………………

(podpis pracodawcy)

Objaśnienia:

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego

tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.

\*\*\*) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.

\*\*\*\*) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

1) Wydane na podstawie:

1. art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,

2. art. 2221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,

3. art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,

4. art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,

5. art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512 z późn. zm.) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;

2) załącznika nr 1 do rozporządzenia 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).

**Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba**

**kierowana na badania.**

Załącznik nr 3

………………………………………… ………………………..……………

(oznaczenie pracodawcy) (miejscowość, data)

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE**

Działając na podstawie art. 73 ust. 10a ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019r. poz. 2215 z późn. zm.), kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią\*)

...................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

numer PESEL\*\*.........................................................................................................................................

zamieszkałego/zamieszkałą\*) ...................................................................................................................

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną\*) na stanowisku .............................................................................................

w celu wydania orzeczenia lekarskiego o potrzebie udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia.

Informacja o czynnikach szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia na stanowisku:

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

.....................................................................

(imię i nazwisko oraz czytelny podpis dyrektora szkoły)

Pouczenie:

Na badanie lekarskie należy zgłosić się w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania skierowania na badanie lekarskie.

Objaśnienia:

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.