

Pierzchnica, dn. 14.12.2020r.

Zaproszenie do złożenia oferty na stanowisko: **lekarz specjalista z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych**

Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy poszukuje lekarza specjalisty z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy, który realizowany będzie zgodnie z umową nr RPSW.09.02.03-26-00005/20-00 z dnia 27.07.2020r. finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

**1. Zatrudnienie:**

- **w formie:** umowy zlecenia
- **termin:** 01.01.2021- 31.12.2022
- **ilość godzin łącznie:** 240 godz.(10h/mc)
- **miejsce wykonywania zlecenia:** Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy, ul. Szkolna 36, 26-015 Pierzchnica

**2. Obowiązki:**

- konsultacje po przyjęciu i przed wypisem uczestnika oraz w razie potrzeby;
  - wykonywanie całościowej oceny geriatrycznej (COG) w przypadku uczestników powyżej 65 r.ż.
  - udział w naradach
  - opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT)
- Opracowane dokumenty muszą być opatrzone logotypami realizowanego projektu.

**3. Wymagania:**

- lekarz specjalista w zakresie medycyny rodzinnej lub:
- lekarz specjalista chorób wewnętrznych

**4. Wymagane dokumenty:**

- kserokopia dyplomu/świadectwa potwierdzające kwalifikacje zawodowe na wymaganym stanowisku
- oferta cenowa na stanowisko lekarza specjalisty z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych – **załącznik nr 1**
- kwestionariusz osobowy dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie – **załącznik nr 2**
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji - **załącznik nr 3**
- oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni praw publicznych **załącznik nr 4**
- oświadczenie o braku powizań osobowo-kapitałowych- **załącznik nr 5**
- oświadczenie o zaangażowaniu zawodowym- **załącznik nr 6**



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Rzeczpospolita  
Polska



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



### 5. Kryteria oceny oferty:

Ofertę składa się na druku stanowiącym załącznik nr 1.

1) Kryterium cena – Waga 100%

$$\text{Kryterium cena Waga} \frac{\text{cena\_najnizsza}}{\text{cena\_badana}} \times 100\%$$

6. W przypadku pytań, proszę o kontakt telefoniczny z panią Małgorzatą Hołody 41 370-92-98

### 7. Sposób przygotowania ofert:

Osoby zainteresowane wykonaniem wyżej wymienionych obowiązków, proszę o wypełnienie, podpisanie i dostarczenie dokumentów wymienionych w pkt. 4 na adres:

**Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy, ul. Szkolna 36, pokój 2.9 (pierwsze piętro),  
do dnia 22.12.2020r, godz.15:00.**

Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie wraz z podpisanymi dokumentami z dopiskiem :

*Oferta na stanowisko lekarza specjalisty z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych w ramach projektu pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy finansowany z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.*

Marek Zatorski

Przewodniczący Zarządu

Załącznik nr 1

**OFERTA NA ŚWIADCZENIE USŁUGI**

**lekarz specjalista z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych**

w ramach projektu Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, *zgodne z umową RPSW.RPSW.09.02.03-26-0005/20-00*

Imię i nazwisko: .....

Adres:.....

Telefon kontaktowy:.....

Proszę wpisać cenę brutto za godzinę ( 60 min.)

Opis części zamówienia	Cena brutto za godzinę (60 min.)
-konsultacje po przyjęciu i przed wypisem uczestnika oraz w razie potrzeby; - wykonywanie całościowej oceny geriatrycznej (COG) w przypadku uczestników powyżej 65 r.ż. -udział w naradach - udział w opracowywaniu wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT)	.....

Składając niniejszą ofertę oświadczam, że:

- Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, do wykonywania powierzonych obowiązków.
- Akceptuję warunki realizacji zamówienia określone w treści zaproszenia z dnia 14.12.2020r.do złożenia oferty.
- W przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy.

.....  
(data wypełnienia oferty i podpis wykonawcy)

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Imiona rodziców.....

3. Data urodzenia.....

4. Obywatelstwo.....

5. Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji).....  
.....

6. Wykształcenie ( nazwa szkoły , data jej ukończenia, zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy) .....  
.....

7. Wykształcenie uzupełniające.....  
( kursy, studia podyplomowe, data ukończenia nauki lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

8. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia ( wskazać okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)  
.....  
.....

9. Dodatkowe uprawnienia, umiejętności zainteresowania( np. stopień znajomości języków obcych, prawo jazdy, obsługa komputera)  
.....

10. Oświadczam, że pozostaję/nie pozostaję\* w rejestrze bezrobotnych i poszukujących pracy.

11. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1 – 4 są zgodne z dowodem osobistym seria nr.....  
wydanym przez.....lub innym dowodem tożsamości.....

.....  
( miejscowość i data)

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Pierzchnica, dnia.....

Nazwisko i imię .....

Adres .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 przez FUNDACJĘ DOM SENIORA IM.SUE RYDER W PIERZCHNICY  
- w celu realizacji procesu: **rekrutacji**

.....  
(data, czytelny podpis)

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/a, poinformowana/y, że zgodnie 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo:

- żądania dostępu do danych osobowych;
- sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- wniesienia sprzeciwu;
- cofnięcia zgody w każdym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Zapoznałam/-em się z treścią powyższego

.....  
data. (czytelny podpis)

## Załącznik 4

.....  
(miejscowość, data)

### OŚWIADCZENIE

Ja ..... zamieszkała.....  
legitymująca/cy się dowodem osobistym.(seria, nr).....oświadczam, iż  
posiadam zdolności do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych.

Niniejsze oświadczenie składam świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego – „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(Podpis Wykonawcy)

**ÓSWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWO-OSOBOWYCH**

Odpowiadając na zaproszenie z dnia 14.12.2020r. dotyczące wyboru lekarza specjalisty z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych, na potrzeby realizacji projektu pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy;

Nie jestem podmiotem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, przy przyjęciu, iż przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemnie powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem, przeprowadzeniem, procedury wyboru Wykonawcy a Zamawiającym polegające w szczególności na:

- a) Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) Posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- c) Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) Pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia opieki lub kurateli.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Podpis Wykonawcy)

## OŚWIADCZENIE O ZAANGAŻOWANIU ZAWODOWYM

Ja, niżej podpisany.....  
(imię i nazwisko oferenta)

### oświadczam, że

- NIE JESTEM zaangażowany/-a w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł.
- JESTEM zaangażowany/-a w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł.

-Jednocześnie oświadczam, iż moje łączne zaangażowanie w realizację we wszystkich projektach finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności i w działania finansowane z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów, nie przekracza 276 godzin miesięcznie. Obciążenie wynikające z ich wykonania nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji zadań powierzonych mi w ramach poniższej umowy.

W przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Pracodawcę.

Świadomy/-a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane przekazane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Podpis Wykonawcy)