

Pierzchnica, dn. 16.11.2020r.

Zaproszenie do złożenia oferty na stanowisko: lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji

Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy poszukuje lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji 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:**

- zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem uczestnika projektu oraz w razie potrzeby,
- badanie uczestnika projektu pod kątem sprawności fizycznej, w tym ruchowej,
- w razie potrzeb udział w wykonywaniu COG
- opracowanie Indywidualnych Planów Terapii w zakresie rehabilitacji,
- kontrola efektywności procesu fizjoterapii,

Opracowane dokumenty muszą być opatrzone logotypami realizowanego projektu.

**3. Wymagania:**

- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
- lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
- lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

**4. Wymagane dokumenty:**

- kserokopia dyplomu/świadectwa potwierdzające kwalifikacje zawodowe na wymaganym stanowisku
- oferta cenowa na prowadzenie poradnictwa socjalnego – 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 powiązań osobowo-kapitałowych- **załącznik nr 5**
- oświadczenie o zaangażowaniu zawodowym- **załącznik nr 6**

**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 Iloną Hendzel 41 370-92-98

**7. Sposób przygotowania oferty:**

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 27.11.2020r.**

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

*Oferta na lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji 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

Prezes Zarządu



Załącznik nr 1

**OFERTA NA ŚWIADCZENIE USŁUGI**  
**lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji**

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.)
<ul style="list-style-type: none"><li>• zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem uczestnika projektu oraz w razie potrzeby,</li><li>• badanie uczestnika projektu pod kątem sprawności fizycznej, w tym ruchowej,</li><li>• w razie potrzeb udział w wykonywaniu COG</li><li>• opracowanie Indywidualnych Planów Terapii w zakresie rehabilitacji,</li><li>• kontrola efektywności procesu fizjoterapii,</li></ul>	.....

Składając niniejszą ofertę oświadczam, że:

- Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, do wykonywania powierzonych obowiązków.
- Akceptuję warunki realizacji zamówienia określone w treści zaproszenia z dnia 16.11.2020r. do złożenia oferty.
- W przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy.

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

Załącznik 2

**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

.....  
(miejsowość, 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”.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Podpis Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWO-OSOBOWYCH**

Odpowiadając na zaproszenie z dnia 16.11.2020r., dotyczące wyboru lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji, 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)



## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder, Szkolna 36, 26-015 Pierzchnica
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni Anna Rubinkiewicz – Kontakt możliwy jest pod adresem e-mail: [abcrodo@op.pl](mailto:abcrodo@op.pl) Anna Rubinkiewiczza Tel. 602779754, 784 596 357
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy o pracę.
4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: Kodeks cywilny oraz rozporządzenie RODO tj. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych.
5. W razie konieczności dane mogą być udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - a) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - b) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - c) wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
  - d) przenoszenia danych,
  - e) wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. Podanie danych jest: Warunkiem zawarcia umowy, brak podania danych spowoduje nie wywiązanie się z obowiązku realizacji umowy
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.