

Pierzchnica, dn. 16.11.2020r.

Zaproszenie do złożenia oferty na stanowisko: **lekarz ubezpieczenia zdrowotnego**

Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy poszukuje lekarza ubezpieczenia zdrowotnego 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:**

- udzielanie świadczeń w zależności od potrzeb uczestnika projektu
- określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg NYHA),
- przeprowadzenie kontroli stanu zdrowia uczestników projektu, wykonywanie COG
- nadzór nad przebiegiem leczenia,
- kontrola efektywności procesu leczenia,
- opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT).

Opracowane dokumenty muszą być opatrzone logotypami realizowanego projektu.

3. **Wymagania:**

-lekarz o specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych

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%

$$\text{Kryterium cena Waga} \frac{\text{cena}_{\text{ najniższa}}}{\text{cena}_{\text{ badana}}} \times 100\%$$

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 ubezpieczenia zdrowotnego 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

FUNDACJA Dom Seniora
im. Sue Ryder
26-015 Pierzchnica, ul. Szkolna 36
tel. 0 41 35 38 505
NIP 6572525623 REGON 292823956

OFERTA NA ŚWIADCZENIE USŁUGI

lekarz ubezpieczenia zdrowotnego

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, zgodnie 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"> • udzielanie świadczeń w zależności od potrzeb uczestnika projektu • określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg NYHA), • przeprowadzenie kontroli stanu zdrowia uczestników projektu, wykonywanie COG • nadzór nad przebiegiem leczenia, • kontrola efektywności procesu leczenia, • opracowanie 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 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 ubezpieczenia zdrowotnego, 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 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.