



Z A T W I E R D Z A M:
mgr Krystyna Piątkowska
Z-ca Kanclerza ds. Szpitali Klinicznych i Rozwoju

Poznań, dnia 30.09.2019r.

.....
(podpis)

Ogłoszenie o zamówieniu

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym na podstawie art. 138o ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 ze zm.), którego przedmiotem jest:

**przygotowanie do odgrywania roli pacjenta symulowanego na użytek zajęć ze studentami, oraz wyłonienie z grupy pacjentów symulowanych osób, które zostaną przeszkolone do pełnienia również roli pacjentów standaryzowanych, biorących udział w zajęciach oraz egzaminach OSCE dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
(US-6/19)**

Zamówienie jest współfinansowane z projektu unijnego:

Projekt: „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

1. ZAMAWIAJĄCY

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

adres Zamawiającego: Fredry 10, 61-701 Poznań

<http://administracja.ump.edu.pl/dzp>

1.1. PROWADZĄCY SPRAWĘ:

Dział Zamówień Publicznych

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

fax (061) 854-61-46, e-mail: dzp@ump.edu.pl

godz. pracy: 7:15 -15:15 od poniedziałku do piątku.

2. OZNACZENIE POSTĘPOWANIA

- 2.1. Postępowanie oznaczone jest znakiem: **US-6/19**
- 2.2. Wykonawcy powinni we wszelkich kontaktach z Zamawiającym powoływać się na wyżej podane oznaczenie.

3. TRYB POSTĘPOWANIA

Postępowanie o udzielenie zamówienia **dotyczy usług społecznych** i prowadzone jest na podstawie **art. 138o** ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.) zwanej dalej „Ustawą”.

Do postępowania mają zastosowanie przepisy art. 138o Ustawy, w pozostałym zakresie zasady prowadzenia postępowania reguluje treść niniejszego Ogłoszenia o zamówieniu, zwanego dalej „Ogłoszeniem”.

4. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest **przygotowanie do odgrywania roli pacjenta symulowanego na użytek zajęć ze studentami, oraz wyłonienie z grupy pacjentów symulowanych osób, które zostaną przeszkolone do pełnienia również roli pacjentów standaryzowanych, biorących udział w zajęciach oraz egzaminach OSCE dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz ich udział w warsztatach oraz zajęciach dydaktycznych: październik 2019 – 30 wrzesień 2021r. min 3h oraz zgodnie z harmonogramem zajęć (harmonogram pracy ustalany indywidualnie) – **Zamawiający dokona wyboru maksymalnie 30 osób.****

Zakres usługi: obejmuje udział w zajęciach w formie warsztatowej oraz zapoznanie się ze scenariuszem i nauczanie się wyznaczonej roli.

Cel zajęć: głównym celem jest umiejętne zastosowanie zdobytej wiedzy i praktycznych umiejętności wcielania w rolę PS na ćwiczeniach i podczas egzaminu OSCE.

Szczegółowy **opis przedmiotu zamówienia** zawarty jest w **załączniku nr 1** do niniejszego ogłoszenia, który będzie stanowił załącznik do umowy wraz z ofertą Wykonawcy.

4.1. CPV (Wspólny Słownik Zamówień): **80320000-3** – usługi edukacji medycznej, **80522000-9** - seminaria szkoleniowe, **80560000-7** - usługi szkolenia w dziedzinie zdrowia i pierwszej pomocy.

4.2. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.

4.3. Wymagania stawiane Wykonawcy ubiegającemu się o udzielenie zamówienia:

- 1) pełna zdolność do czynności prawnych oraz korzystanie w pełni z praw publicznych;
- 2) udział w Programie Standaryzowany Pacjent: przejście procesu rekrutacji do Programu, ukończenie szkolenia teoretycznego i praktycznego o charakterze aktorskim potwierdzone uzyskaniem kwalifikacji;
- 3) ukończone 18 lat, wykształcenie min. średnie;
- 4) szybkie zdobywanie doświadczenia w pracy aktorskiej połączone z zamiłowaniem w tym kierunku;



- 5) umiejętność zapamiętania pewnej ilości informacji oraz przedstawienia ich w pracy z wieloma studentami;
- 6) umiejętność improwizacji i znajdowania się w nowych, zaskakujących modyfikacjach scenariusza symulacji;
- 7) umiejętność dawania i otrzymywania natychmiastowej, opisowej informacji zwrotnej w przyjazny, zindywidualizowany i konstruktywny sposób;
- 8) elastyczny kalendarz umożliwiający pracę w godzinach rannych, popołudniowo-wieczornych oraz w weekendy.

4.4. Forma zatrudnienia: umowa zlecenie.

4.5. Sposób wynagradzania: zapłata za faktycznie przepracowane godzin w ramach zlecenia na podstawie przedłożonego rachunku oraz dołączonego wykazu godzin.

5. TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia: **październik 2019r. – 30 wrzesień 2021r.**

6. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

- 6.1. Spełniają warunki udziału w postępowaniu: **nie dotyczą.**
- 6.2. Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu z prowadzonego postępowania.

7. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU.

1. W celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia wykonawcy z udziału w postępowaniu zamawiający będzie żądał następujących dokumentów:

- 1) **oświadczenia** o braku podstaw do wykluczenia (wzór stanowi załącznik nr 3 do Ogłoszenia);

8. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW

- 8.1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
- 8.2. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują drogą elektroniczną lub faksem.
- 8.3. Forma pisemna jest zastrzeżona do złożenia oferty wraz z załącznikami, pełnomocnictw oraz uzupełnień, złożonych na wezwanie Zamawiającego.
- 8.4. Jeżeli Zamawiający lub Wykonawca przekazują oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje drogą elektroniczną lub faksem, każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt ich otrzymania.
- 8.5. Domniemywa się, że korespondencja wysłana drogą elektroniczną lub faksem, na adres lub numer podany przez Wykonawcę, zostało mu doręczone w taki sposób, że mógł się on zapoznać z jej treścią, chyba, że Wykonawca wezwany przez Zamawiającego do potwierdzenia otrzymania korespondencji, zgodnie z pkt. 8.4, oświadczy, iż jej nie otrzymał.
- 8.6. Korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy kierować na adres:

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dział Zamówień Publicznych

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

fax (061) 854-61-46, e-mail: dzp@ump.edu.pl

(w korespondencji pomiędzy Zamawiającym i Wykonawcą, w niniejszym postępowaniu, należy powoływać się na nr postępowania **US-6/19**).

9. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ TREŚCI OGŁOSZENIA

- 9.1 Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z przekazanym drogą elektroniczną, faksem lub pisemnie wnioskiem o wyjaśnienie treści Ogłoszenia. Zamawiający udzieli odpowiedzi niezwłocznie, jednak nie później, niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert, umieszczając odpowiedź na stronie internetowej bez podawania źródła zapytania, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści Ogłoszenia wpłynął do Zamawiającego nie później, niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.
- 9.2 Jeśli wyjaśnienia dotyczą opisu przedmiotu zamówienia, warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów oceny ofert Zamawiający zobowiązany jest przedłużyć termin składania ofert o czas niezbędny na przygotowanie ofert. Przedłużenie terminu nie wpływa na bieg terminu do składania wniosków o wyjaśnienie treści Ogłoszenia, o którym mowa w pkt. 9.1.

10. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ, WADIUM.

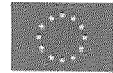
- 10.1 Wykonawca jest związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
- 10.2 Wykonawca samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą, z tym że Zamawiający może tylko raz, co najmniej na 3 dni przed upływem terminu związania ofertą, zwrócić się do Wykonawców o wyrażenie zgody na przedłużenie tego terminu o oznaczony okres, nie dłuższy jednak, niż 60 dni.
- 10.3 Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.

11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT

- 11.1 Oferta musi być sporządzana z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- 11.2 Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Upoważnienie do podpisania oferty musi być dołączone do oferty, jeżeli nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę.
- 11.3 Jeżeli osoba/osoby podpisująca/e ofertę działa na podstawie pełnomocnictwa, to musi ono w swej treści jednoznacznie wskazywać uprawnienie do podpisania oferty. Pełnomocnictwo w formie oryginału lub kopii notarialnie poświadczonej za zgodność z oryginałem musi zostać dołączone do oferty.
- 11.4 Oferta wraz z załącznikami musi zostać sporządzona w języku polskim. Każdy dokument składający się na ofertę, sporządzony w innym języku, niż język polski winien być złożony wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez Wykonawcę. W razie zaistnienia wątpliwości, za wiążącą uznaje się wersję sporządzoną w języku polskim.
- 11.5 Zaleca się, by każda strona oferty zawierająca jakąkolwiek treść była zaparafowana przez Wykonawcę. Każda poprawka w treści oferty, a w szczególności każde przerobienie, przekreślenie, uzupełnienie, nadpisanie, przesłonięcie korektorem itp. musi zostać parafowane przez Wykonawcę.
- 11.6 Zaleca się, aby strony oferty były ze sobą trwale połączone.
- 11.7 Zaleca się, aby przy sporządzaniu oferty skorzystać ze wzorów druków udostępnionych przez Zamawiającego (formularz oferty).
- 11.8 Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 11.9 Na ofertę składa się:
 - 1) Formularz oferty (wzór stanowi załącznik nr 2 do Ogłoszenia) oraz
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt. 7.1.1) Ogłoszenia (wzór stanowi załącznik nr 3 do Ogłoszenia)

12. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

- 12.1 Ofertę należy złożyć w formie pisemnej pod rygorem nieważności, w jednym z dwóch sposobów, zgodnie z wyborem Wykonawcy:



- 1) Korespondencyjnie na adres: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Dział Zamówień Publicznych, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań, pok. 113-114;
 - 2) Osobiście w Dziale Zamówień Publicznych, adres jak w pkt. 1).
- 12.2 Termin składania ofert: **10.10.2019r.** do godz. 10:00
- 12.3 Publiczne otwarcie ofert odbędzie się w dniu **10.10.2019r.** o godz. 10:15 w pokoju 113-114 (Dział Zamówień Publicznych).
- 12.4 Ofertę należy umieścić w zamkniętym opakowaniu, uniemożliwiającym odczytanie zawartości bez uszkodzenia tego opakowania. Opakowanie winno być oznaczone nazwą (firmą) i adresem Wykonawcy, zaadresowane na adres, jak wskazano w pkt 12.1 ppkt 1) oraz opisane:

Pieczęć wykonawcy

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
Dział Zamówień Publicznych
ul. Fredry 10, I piętro, pok. 113, 114, 61-701 Poznań

OFERTA NA:

przygotowanie do odgrywania roli pacjenta symulowanego na użytek zajęć ze studentami, oraz wyłonienie z grupy pacjentów symulowanych osób, które zostaną przeszkolone do pełnienia również roli pacjentów standaryzowanych, biorących udział w zajęciach oraz egzaminach OSCE dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Nie otwierać przed: **10.10.2019 r., do godz. 10:15**

NR SPRAWY: US-6/19

- 12.5 Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie składania ofert zostanie niezwłocznie zwrócona Wykonawcy.

13 OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY OFERTY

- 13.1 Wykonawca określa cenę realizacji przedmiotu zamówienia poprzez wskazanie w Formularzu oferty całkowitej ceny ofertowej brutto.
- 13.2 Cena ofertowa brutto zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz wzorem umowy.
- 13.3 Ceny muszą być dodane oraz wyliczone z zastosowaniem reguł matematycznych, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
- 13.4 Cena oferty musi być wyrażona w złotych polskich.
- 13.5 Zamawiający zastrzega możliwość negocjacji cen z Wykonawcami, jeśli ceny wszystkich złożonych ofert przewyższają kwotę, jaką Zamawiający zamierza przeznaczyć na realizację zamówienia.

14. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE KIEROWAŁ SIĘ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM WAG TYCH KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT.

- 14.1. Kryterium oceny ofert w prowadzonym postępowaniu jest:

Cena – 100%

Kryterium „cena” będzie rozpatrywane na podstawie ceny brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia, podanej przez Wykonawcę w ofercie.

$$C = \frac{C_n}{C_b} \times 100 \times 100\%$$

gdzie:

C – liczba punktów w kryterium „cena”

C_n – najniższa cena brutto spośród złożonych ofert

C_b – cena brutto oferty badanej.

Ocenię będą podlegały wyłącznie oferty wypełnione na załączonym „Formularzu Ofertowym”, stanowiącym załącznik nr 2 do ogłoszenia. Umowy zlecenia zostaną zawarte z kandydatami, którzy spełniają wszystkie niezbędne wymagania wskazane w pkt. 4.3.

- 14.2. Cena wyliczona według wskazanego wzoru zostanie wyliczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Cena oferty ma uwzględniać wszystkie koszty niezbędne do realizacji zamówienia.
- 14.3. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów.
- 14.4. W przypadku, jeśli Zamawiający nie będzie mógł dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej, ponieważ dwie lub więcej ofert będą przedstawiały taką samą cenę, zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.

15. ODRZUCENIE OFERTY, WYKLUCZENIE WYKONAWCY

15.1. Zamawiający odrzuci ofertę:

- 1) której treść nie odpowiada treści Ogłoszenia;
- 2) która została złożona przez Wykonawcę wykluczonego z postępowania;
- 3) która jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów.

15.2. Zamawiający wykluczy Wykonawcę:

- 1) w stosunku do którego otwarto likwidację, w zatwierdzonym przez sąd układzie w postępowaniu restrukturyzacyjnym jest przewidziane zaspokojenie wierzycieli przez likwidację jego majątku lub sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 332 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2016 r. poz. 1574, 1579, 1948 i 2260) lub którego upadłość ogłoszono, z wyjątkiem wykonawcy, który po ogłoszeniu upadłości zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego, chyba że sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 366 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2016 r. poz. 2171, 2260 i 2261 oraz z 2017 r. poz. 791),
- 2) który nie uzupełnił wymaganych dokumentów lub nie złożył wyjaśnień w odpowiedzi na wezwanie Zamawiającego;

16. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

16.1 Zamawiający unieważni postępowanie, jeżeli:

- 1) cena najkorzystniejszej oferty przewyższy kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, chyba że może zwiększyć tę kwotę do wysokości ceny oferty najkorzystniejszej;
- 2) wystąpiła istotna zmiana okoliczności, powodująca, że prowadzenie postępowania lub wykonanie zamówienia nie leży w interesie publicznym;
- 3) postępowanie obarczone jest wadą uniemożliwiająca zawarcie ważnej umowy, a nie można jej usunąć;
- 4) wystąpiły okoliczności uniemożliwiające dokonanie wyboru oferty najkorzystniejszej.

16.2 Zamawiającemu przysługuje prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podawania przyczyny, do chwili wyboru oferty najkorzystniejszej.

17. WZÓR UMOWY

Wzór umowy stanowi załącznik nr 5 do Ogłoszenia. Zamawiający informuje, że w przypadku wyboru oferty Wykonawcy, jako najkorzystniejszej udzielenie zamówienia nastąpi poprzez zawarcie umowy zgodnie ze wzorem.

18. INFORMACJE DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH – zostały zawarte w załączniku nr 2 do ogłoszenia oraz załączniku nr 4 do umowy.

19. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.
2. Formularz oferty.
3. Oświadczenie dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania.
4. Wzór umowy (zlecenie).
5. Załączniki do umowy.



Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udział w zajęciach w formie warsztatowej oraz zapoznanie się ze scenariuszem i nauczenie się wyznaczonej roli.

Podstawowe umiejętności aktorskie

Umiejętność wcielania w rolę PS na ćwiczeniach

Umiejętność wcielenia w rolę PS na egzaminie OSCE

termin realizacji: 10.2019 – 30.09.2021r.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest udział w zajęciach ze studentami w formie warsztatowej oraz zapoznanie się ze scenariuszem i nauczenie się wyznaczonej roli.
2. **Zakres usługi w szczególności obejmuje :**
 - a) odgrywanie roli wg wskazań scenariusza odpowiednio do tematu zajęć , w tym m. in.:
 - demonstrowaniu wymaganych zachowań niewerbalnych
 - demonstrowaniu wymaganych reakcji emocjonalnych,
 - przekazywaniu adekwatnych komunikatów werbalnych, w tym w odpowiedzi na pytania i zachowania studentów, poddaniu się badaniu fizykalnemu i demonstrowaniu w jego trakcie adekwatnych zachowań,
 - udzieleniu informacji zwrotnej studentom,
 - pozostawaniu do dyspozycji prowadzącego w czasie zajęć i egzaminów zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy
3. **Cel zajęć:** głównym celem jest umiejętne zastosowanie zdobytej wiedzy i praktycznych umiejętności wcielania w rolę SP podczas zajęć ze studentami oraz podczas egzaminu OSCE.
4. **Do obowiązków będzie należało:**
 - 4.1) Zapoznanie się z Regulaminem Programu Symulowany Pacjent oraz stosowanie jego zasad
 - 4.2) Informowanie w formie elektronicznej lub telefonicznej o dostępności w określonych dniach i godzinach oraz udział w ustalaniu harmonogramu pracy
 - 4.3) udział w zajęciach dydaktycznych oraz egzaminach typu OSCE, w tym:
 - a) przygotowanie się do zajęć (na min. 15 minut przed rozpoczęciem, tj. m.in. odpowiedni strój, ewentualnie charakteryzacja zgodnie z przypisaną rolą)
 - 4.4) Zgłaszanie nieobecności najpóźniej na dobę przed planowanym udziałem w zajęciach.

„Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

Załącznik nr 2

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Oferenta (Imię Nazwisko)

Siedziba Oferenta (Adres)

Adres do korespondencji

Nr telefonu.

Adres e-mail

NIP

REGON

Oferta skierowana do:

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

UL. Fredry 10, 61-701 Poznań,

Tel. 61/854 60 53

na udział w zajęciach dydaktycznych dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w roli **Pacjenta Symulowanego**, w związku z realizacją projektu pn. „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

Oferuję wykonanie zamówienia na następujących warunkach cenowych:

..... zł brutto za jedną godzinę¹

(słownie: zł brutto za jedną godzinę)

Proponowana cena uwzględnia wszystkie składniki i inne należności budżetowe, które mogą wynikać z realizacji zlecenia.

Jestem gotowy/a do przepracowania:

minimum (słownie:) godzin w miesiącu w ramach zlecenia

oraz dodatkowo (słownie:) godzin.

Równocześnie oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam w pełni z praw publicznych.

¹ jako jedną godzinę należy rozumieć godzinę lekcyjną, tj. trwającą 45 minut zegarowych.

2. Nie zostałem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe).
3. Nie jest prowadzone wobec mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwa skarbowe.
4. Nie jestem związany/a z Zamawiającym osobowo i kapitałowo, przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, 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 (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
5. Zostałem/am zakwalifikowany/a do Programu Standaryzowanego Pacjenta :
 - a. Uczestniczyłem/am w procesie rekrutacji do Programu.
 - b. Odbyłem/am część aktorską szkolenia skierowanego do kandydatów na Standaryzowanych Pacjentów, uzyskałem/am Certyfikat.
6. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - Administratorem danych, zobowiązanym do zapewnienia, aby przetwarzanie moich danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań
 - Administrator danych powołał inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres e-mail: abi.ump@ump.edu.pl;
 - dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO, w celu przeprowadzenia postępowania,
 - na wykonanie zadania określonego w zapytaniu ofertowym oraz – w przypadku wybranej oferty - w celu realizacji przedmiotu zamówienia;
 - podanie danych osobowych jest dobrowolne, a ewentualne konsekwencje niepodania danych to nierozpatrzenie oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego;

- dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa, w szczególności moje dane osobowe będą udostępnione osobom lub podmiotom, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 1986r. ze zm.)
 - dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów;
 - posiadam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także prawo do przenoszenia danych. Zdaję sobie jednak sprawę, że moje uprawnienia mogą być ograniczone przez szczególne przepisy prawa;
 - decyzje w mojej sprawie nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, a dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu;
 - mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia oraz z Regulaminem Programu „Pacjent Standaryzowany” i akceptuję ich treść bez zastrzeżeń.
7. Uważam się za związanego/-ą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
8. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data, czytelny podpis)

Bk

Załącznik nr 3

Oświadczenie wykonawcy

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na przygotowanie do odgrywania roli pacjenta symulowanego na użytek zajęć ze studentami, oraz wyłonienie z grupy pacjentów symulowanych osób, które zostaną przeszkolone do pełnienia również roli pacjentów standaryzowanych, biorących udział w zajęciach oraz egzaminach OSCE dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (US-6/19), oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie treści pkt. 15.2.1 Ogłoszenia.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

2. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie treści pkt. 15.2.1 Ogłoszenia. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, podjąłem następujące środki naprawcze:

..... (miejsowość), dnia r.

(wypełnić, jeśli dotyczy)

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

.....
pieczęć jednostki organizacyjnej

Załącznik nr 4

UMOWA ZLECENIE NR

zawarta w dniu pomiędzy Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu reprezentowanym przez:

Rektora - prof. dr hab. Andrzeja Tykarskiego
przy kontrasygnacie Kwestora - mgr Barbarę Maciałowicz
zwanym w treści umowy "Zleceniodawcą",

a Panem(ią)
zamieszkałym(a) ul..... kod..... miejscowość.....

zatrudnionym(a) w UMP

1) z obowiązkiem dydaktycznym

2) bez obowiązku dydaktycznego

doktorantem

niezatrudnionym (a) w UMP

zwanym dalej „Zleceniobiorcą”

§ 1

Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca zobowiązuje się do: przygotowania i odgrywania roli pacjenta symulowanego na potrzeby każdej formy zajęć ze studentami przez Zleceniodawcę w ramach realizowanego przez Projektu pt. „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa nr: POWR.0 5.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

w łącznym wymiarze nieprzekraczającym godzin w okresie obowiązywania umowy.

§ 2

1. Umowa zostaje zawarta na czas od dnia..... do dnia
2. Umowa będzie wykonywana przez Zleceniobiorcę samodzielnie jednakże Zleceniobiorca zobowiązany jest stosować się do wskazówek Zleceniodawcy, co do sposobu i terminów wykonania zlecenia.
3. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonania zadań wynikających z umowy osobie trzeciej bez zgody Zleceniodawcy wyrażonej na piśmie.
4. Zleceniodawcy przysługuje w trakcie wykonywania umowy prawo oceny prawidłowości i jakości wykonania zlecenia.

Flu

§ 3

Tytułem wynagrodzenia Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy kwotę brutto określoną w następujący sposób:

stawka godzinowa x ilość godzin

§ 4

1. Zapłata wynagrodzenia nastąpi:

a/ w przypadku umowy zawieranej na okres nie dłuższy, niż jeden miesiąc - jednorazowo, po wykonaniu przedmiotu umowy i złożeniu przez Zleceniobiorcę w ciągu 7 dni od daty zakończenia umowy prawidłowo wystawionego rachunku,

b/ w przypadku umowy zawieranej na okres dłuższy niż jeden miesiąc - comiesięcznie, za każdy miesiąc kalendarzowy obowiązywania umowy, w oparciu o prawidłowo wystawiony rachunek, który Zleceniobiorca winien dostarczyć do Sekcji Umów Zleceniodawcy w ciągu 7 dni po zakończeniu danego miesiąca. W przypadku niewykonywania przez Zleceniobiorcę umowy w danym miesiącu kalendarzowym, jest on zobowiązany złożyć w ciągu 7 dni po zakończeniu danego miesiąca Zleceniodawcy oświadczenie potwierdzające ten fakt. Niezłożenie przez Zleceniobiorcę w terminie 7 dni po zakończeniu miesiąca kalendarzowego rachunku lub oświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim uprawnia Zleceniodawcę do rozwiązania umowy w trybie określonym w § 4 ust. 5.

2. Wypłata wynagrodzenia nastąpi każdorazowo w formie bezgotówkowej na konto bankowe Zleceniobiorcy wskazane na rachunku, w terminie 14 dni od złożenia w Sekcji Umów Zleceniodawcy zatwierzonego rachunku.

3. Za dzień zapłaty uważany będzie dzień obciążenia rachunku Zleceniodawcy.

4. Zleceniodawcy przysługuje prawo wcześniejszego rozwiązania niniejszej umowy w każdym czasie, za dwutygodniowym wypowiedzeniem.

5. W razie naruszenia postanowień umowy Zleceniodawca może w każdym czasie rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem na dzień doręczenia oświadczenia o rozwiązaniu umowy.

6. Potwierdzeniem czasu wykonywania czynności określonych w § 1 umowy i każdorazowo podstawą wystawienia rachunku będzie sporządzane przez Zleceniobiorcę zestawienie liczby godzin i dat wykonywania umowy zlecenia. W przypadku umowy zawieranej na okres dłuższy niż jeden miesiąc zestawienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, będzie sporządzane przez Zleceniobiorcę comiesięcznie i będzie obejmowało poszczególny miesiąc kalendarzowy wykonywania umowy.

7. Zestawienie, o którym mowa w § 4 ust. 6, będzie każdorazowo dostarczane Zleceniodawcy przez Zleceniobiorcę najpóźniej z rachunkiem, o którym mowa w § 4 ust. 1.

8. Dane zawarte w zestawieniu, o którym mowa w § 4 ust. 6 akceptowane są przez Zleceniodawcę lub osobę przez niego upoważnioną i podlegają kontroli. W razie wątpliwości odnoszących się do informacji wykazanych w zestawieniu, Zleceniodawca niezwłocznie skontaktuje się ze Zleceniobiorcą w celu ich wyjaśnienia.

9. W przypadku niezrealizowania przez Zleceniobiorcę w okresie obowiązywania umowy ilości godzin określonej w § 3, a także w przypadku rozwiązania niniejszej umowy zgodnie z § 4 ust. 4 i 5, Zleceniobiorcy przysługuje wyłącznie wynagrodzenie za czynności faktycznie wykonane do ostatniego dnia obowiązywania umowy, obliczone z zastosowaniem stawki godzinowej określonej w § 3.

§ 5

1. Wszelkie zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.

3. Spory wynikłe na tle realizacji umowy rozstrzygał będzie sąd powszechny właściwy ze względu na siedzibę Zleceniodawcy.

§ 6

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zleceniobiorcy, jeden dla Zleceniodawcy.

Zleceniobiorca

Zleceniodawca

Kwestor

Rektor

.....
(podpis)

.....
(podpis)

.....
(podpis)

Wskazanie źródła finansowania POWR.05.03.00-00-0005/15-00 i akceptacja umowy

.....
(podpis dysponenta środków, pieczęć)

* wpisać X

** właściwe podkreślić

Załącznik nr 1

do umowy nr z dnia

OŚWIADCZENIE – ZGODA NA PODDANIE SIĘ BADANIU FIZYKALNEMU

Ja niżej podpisany/a,

W związku z planowanym uczestnictwem w ćwiczeniach i egzaminach prowadzonych przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu w ramach realizowanego przez Uczelnię Projektu pn. „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

wyrażam zgodę na poddanie się badaniu fizykalnemu przeprowadzonemu przez egzaminowanych studentów. Oświadczam, że rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że z badaniem tym wiąże się konieczność rozebrania się do bielizny. Przyjmuję do wiadomości, że w czasie trwania badania na sali egzaminacyjnej będzie obecny jeden student/studentka oraz pracownicy UMP oceniający lub koordynujący przebieg egzaminu.

Oświadczam, że jestem pełnoletni(a) i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczam też, że w całości przeczytałem/am treść powyższej zgody i w pełni ją rozumiem.

Miejsce i data..... Podpis



Załącznik nr 2

do umowy nr z dnia

OŚWIADCZENIE – ZOBOWIĄZANIE DO ZACHOWANIA POUFNOŚCI

Ja niżej podpisany/a,

W związku z planowanym uczestnictwem w ćwiczeniach i egzaminach prowadzonych przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu w ramach realizowanego przez Uczelnię Projektu pn. „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

Oświadczam, że jestem pełnoletni(a) i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczam też, że w całości przeczytałem/am treść powyższego zobowiązania i w pełni ją rozumiem.

Zajęcia odbywają się w ramach realizowanego przez Uczelnię projektu pn. „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Miejsce i data..... Podpis

Ble,

Załącznik nr 3

do umowy nr z dnia

OŚWIADCZENIE - ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja niżej podpisany/a,

niniejszym wyrażam nieodpłatnie, nieodwoływalną zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na fotografiach oraz materiałach multimedialnych wykonanych w związku z realizowanym projektem pn. „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

rozpowszechnianie w wersji elektronicznej wśród pracowników UMP dla celów oceny jakości kształcenia oraz jednostek współpracujących z UMP w zakresie niezbędnym do realizacji wspólnych projektów badawczych,

- udostępnianie w wersji elektronicznej i papierowej Instytucji Wdrażającej oraz innym podmiotom zaangażowanym we wdrażanie Programu Wiedza, Edukacja, Rozwój dla celów monitorowania i sprawozdawczości.

Jednocześnie zobowiązuje się nie wykonywać praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii z moim wizerunkiem.

Oświadczam również, iż znane są mi zarówno cel jak i sposób realizacji projektu, na potrzeby którego mój wizerunek zostanie utrwalony.

Oświadczam, że Uniwersytetowi Medycznemu W Poznaniu przysługuje wyłączne prawo decydowania o formie i czasie wykorzystywania mojego wizerunku utrwalonego na fotografiach - w całości lub w postaci dowolnych fragmentów.

Oświadczam, że jestem pełnoletni(a) i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczam też, że w całości przeczytałem/am treść powyższej zgody i w pełni ją rozumiem.

Miejsce i data..... Podpis

Załącznik nr 4

do umowy nr z dnia

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r. zawarta pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:

- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),



- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1460, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministerstwu Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa beneficjentowi realizującemu projekt - Uniwersytetowi Medycznemu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Fredry 10, 61-701 Poznań, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.



5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie²:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Ministerstwu Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa ,beneficjentowi realizującemu projekt - Uniwersytetowi Medycznemu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Fredry 10, 61-701 Poznań, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym

² Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.



na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

.....
Podpis osoby, która zapoznała się z klauzulą informacyjną, data

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

