Załącznik nr 4
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania standardów ochrony dzieci

.....
miejscowość i data

Ja, ...
oświadczam, że zapoznałam/-em się ze standardami ochrony dzieci obowiązującymi w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
podpis

Załącznik nr 5
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania Zasad bezpiecznych relacji dorosły-dziecko

.....
miejscowość i data

Ja, ...
oświadczam, że zapoznałam/-em się z Zasadami bezpiecznych relacji dorosły-dziecko obowiązującymi w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
podpis

Załącznik nr 6
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Ja, niżej podpisany/a…….……
urodzony/a ……. (data urodzenia) świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego

oświadczam, że:

□ posiadam obywatelstwo polskie

□ nie posiadam obywatelstwa polskiego*

oświadczam, że:

w okresie ostatnich 20 lat :

□ nie zamieszkiwałem/am w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska

□ zamieszkiwałem/am w następujących państwach innych niż Rzeczpospolita Polska**

……..…./……..
Państwo / państwo obywatelstwa

……..…./……..
Państwo / państwo obywatelstwa

……
Podpis kandydata

* Osoba posiadająca obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi zgodnie z art. 21 ust 4 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

** Osoba, która złożyła oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi zgodnie z art. 21 ust 5 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

Załącznik nr 7
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZENIE

W związku z realizacją przedmiotu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oświadczam, że odbyłem(am) instruktaż stanowiskowy, w trakcie którego zostałem(am) zapoznany(a) z zagrożeniami występującymi przy wykonywaniu powierzonych mi czynności, ryzykiem zawodowym oraz metodami usuwania i przeciwdziałania tym zagrożeniom.
Jednocześnie oświadczam, że powierzone czynności będę wykonywał(a) w sposób bezpieczny dla siebie i innych.

……..	……
(podpis osoby, której udzielono instruktażu)	(data i podpis prowadzącego instruktaż)

Załącznik nr 8
do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

……..
/imię i nazwisko/

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Klinicznym nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi

Na podstawie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Klinicznym nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi zamieszcza informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osób zaangażowanych w realizację niniejszej umowy:

1. Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Żeromskiego 113 posiadającym: REGON: 471208164, NIP: 727-23-92-503, KRS 0000016979.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Dane e-mail: ziod@usk2.lodz.pl.
3. Administrator przetwarza dane osobowe w celu:
   a. wykonania umowy (w tym także prowadzenia postępowań w sprawie skarg, roszczeń lub odszkodowań);
   b. wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze w związku z realizacją zawartej umowy (m.in. w zakresie ubezpieczeń społecznych i obowiązków podatkowych);
   c. identyfikacji przez podmioty korzystające z usług administratora w czasie ich obsługi – w zakresie imienia, nazwiska oraz wizerunku na identyfikatorach;
   d. prowadzenia monitoringu terenie placówek administratora z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń;

   na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) i e) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Osoby, których dane dotyczą mają prawo do dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem) w granicach określonych przepisami prawa.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, z tym że podanie danych osobowych stanowi warunek umożliwiający zawarcie umowy.
7. Administrator przetwarza dane osobowe w okresie koniecznym do udokumentowania czynności z udziałem osoby zaangażowanej w jej realizację, a w zakresie obowiązków prawnych ciążących na administratorze przez okres wymagany przepisami prawa. W sytuacjach gdy będzie to niezbędne dla celów dowodowych w/w dane osobowe mogą być przechowywane także do czasu przedawnienia roszczeń wynikających z umowy lub zakończenia postępowania sądowego.
8. Osoby, których dane dotyczą mają prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora, przy czym prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
9. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe.

…….
podpis

Załącznik nr 9

do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

……
Pełna nazwa Przyjmującego Zamówienie/Pieczątka z pełną nazwą Przyjmującego Zamówienie

…….....…….....
Miejscowość i data

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Żeromskiego 113
90-549 Łódź

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE
(podatek VAT)

1. **Pan/Pani** ……..…… oświadczam, że **JESTEM/NIE JESTEM* czynnym podatnikiem VAT.**

2. W przypadku zmiany statusu na podatnika czynnego VAT, zobowiązuję się w przeciągu 14 dni od zmiany, do poinformowania o tym fakcie pracownika Działu Księgowości Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz zobowiązuję się do podania numeru konta zgłoszonego do Urzędu Skarbowego.

*(*niepotrzebne skreślić)*

..……..……
data, pieczątka i podpis Przyjmującego Zamówienie