Sławków, 10.06.2019r

**Decyzja Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

**w Sławkowie NR 14/2019 z dnia 10.06.2019r dotyczące przeprowadzenia postępowania**

**na wybór Towarzystwa Ubezpieczeniowego.**

1. Zarządzam przeprowadzenie postępowania dotyczącego wyboru Towarzystwa Ubezpieczeniowego , zgodnie z Załącznikiem NR 1 oraz Załącznikiem NR 2 do niniejszej Decyzji.
2. Wykonanie zarządzenia powierzam gł księgowemu.
3. Decyzja wchodzi w życie z dniem 10.06.2019r

**Załącznik NR 1 do Decyzji Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

**w Sławkowie NR 14/2019 z dnia 10.06.2019r dotyczący przeprowadzenia postępowania**

**na wybór Towarzystwa Ubezpieczeniowego.**

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie**

**przy ul. PCK 3 ogłasza przeprowadzenia postępowania na wybór Towarzystwa Ubezpieczeniowego.**

1. Towarzystwo Ubezpieczeniowe powinno spełniać wymagania konieczne: tj.

** Posiadać wpis do KRS**

** Posiadać NIP**

** Posiadać Regon**

** Posiadać zaświadczenie KNF**

1. Towarzystwo Ubezpieczeniowe będzie zobowiązane do wykonywania następujących czynności:

,,Objęcia Ubezpieczeniem grupowym Pracowników oraz Zleceniobiorców zatrudnionych

w SPZOZ Sławków.”

1. Towarzystwo Ubezpieczeniowe powinna złożyć dokumenty aplikacyjne zawierające kopię wpisu do KRS, kopię nadania numeru nip oraz numeru regon , zaświadczenie KNF jak również wypełniony Załącznik NR 1 do Decyzji Dyrektora NR 14/2019r z dnia 10.06.2019r wraz z wymaganymi katalogami w pokoju nr 25 księgowości SPZOZ Sławków w formie papierowej lub elektronicznej **do dnia 24.06.2019r do godz. 10:00**
2. Koperta z dokumentami aplikacyjnymi powinna być opatrzona napisem:

,,Oferta ubezpieczenia grupowego Towarzystwa Ubezpieczeniowego……………………..”

1. Koperta powinna być opatrzona napisem:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 6 lit.1. pkt. A ogólnego rozporządzania o ochronie danych (Rozporządzenie 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)

Postępowanie sporządził w dniu 10.06.2019r Beata Oruba

Postępowanie zatwierdził w dniu 10.06.2019r Aleksandra Mura

**KLAUZULA INFORMACYJNA
REKRUTACJA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Sławkowie, ul. PCK 3.
2. Inspektorem ochrony danych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej jest Pan Sergiusz Kunert e-mail: iod24@agileo.it
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Dane mogą być udostępniane osobom upoważnionym, podmiotom przetwarzającym, z którymi zawarliśmy odpowiednie umowy powierzenia oraz podmiotom uprawnionym z przepisu prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 miesięcy od zakończenia procesu rekrutacji.
6. Posiadają Państwo prawo do żądania dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednakże brak podania danych osobowych będzie skutkować brakiem uczestnictwa w procesie rekrutacji.
9. Państwa dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Postępowanie sporządził w dniu 10.06.2019r Beata Oruba

Postępowanie zatwierdził w dniu 10.06.2019r Aleksandra Mura

**Załącznik NR 2 do Decyzji Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

**w Sławkowie NR 14/2019 z dnia 10.06.2019r dotyczący przeprowadzenia postępowania**

**na wybór Towarzystwa Ubezpieczeniowego.**

Dzień dobry,

1. Uprzejmie Państwa proszę o przygotowanie oferty ubezpieczeniowej, grupowej dla Pracowników oraz Zleceniobiorców zatrudnionych w SPZOZ w Sławkowie z uwzględnieniem następujących zdarzeń objętych ochroną:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ubezpieczony** | **Łączna kwota świadczenia wypłacona w przypadku zajścia zdarzenia** | **Składka wynikająca ze zdarzenia** | **Dodatkowe uwagi** |
| Śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego |  |  |  |
| Śmierć w wyniku wypadku przy pracy |  |  |  |
| Śmierć w wyniku zawału serca lub udaru mózgu |  |  |  |
| Śmierć w wyniku wypadku |  |  |  |
| Inwalidztwo w wyniku wypadku |  |  |  |
| Śmierć pracownika |  |  |  |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku-za 1% uszczerbku |  |  |  |
| Uszczerbek na zdrowiu na skutek zachorowania-za 1% uszczerbku |  |  |  |
| Wystąpienie poważnego zachorowania |  |  | Proszę o przedstawienie katalogu tych chorób . |
| Zabiegi diagnostyczne 1 dnia ( wszystkie) operacje chirurgiczne |  |  | Proszę o przedstawienie katalogu tych chorób . |
| Kwota dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu choroby |  |  | Pobyt w szpitalu zapłata od 1 dnia w każdym przypadku Mile widziana propozycja za każdy dzień bez wymogu minimum 3 dni  |
| Dzienne świadczenie OIOM |  |  |  |
| Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu wypadku |  |  |  |
| Operacje chirurgiczne  |  |  | Proszę o katalog. |
| Leczenie specjalistyczne |  |  |  |
| Powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji |  |  |  |
| **Rodzice ubezpieczonego** |  |  |  |
| Śmierć rodzica |  |  |  |
| Śmierć rodzica w wyniku wypadku |  |  |  |
| Śmierć rodzica/ małżonka / partnera |  |  |  |
| Śmierć rodzica/ małżonka / partnera w wyniku wypadku |  |  |  |
| **Małżonek/ Partner ubezpieczonego** |  |  |  |
| Śmierć małżonka partnera |  |  |  |
| Śmierć małżonka partnera w wyniku wypadku |  |  |  |
| Śmierć małżonka partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego |  |  |  |
| Śmierć małżonka partnera w wyniku zawału serca udaru mózgu |  |  |  |
| Inwalidztwo małżonka partnera w wyniku wypadku |  |  |  |
| Wystąpienie poważnego zachorowania u małżonka partnera |  |  |  |
| Dzienne świadczenie szpitalne małżonka, partnera z tytułu choroby |  |  |  |
| Dzienne świadczenie szpitalne małżonka, partnera z tytułu choroby - OIOM |  |  |  |
| Dzienne świadczenie szpitalne małżonka, partnera z tytułu wypadku |  |  |  |
| Dzienne świadczenie szpitalne małżonka, partnera z tytułu zawału, udaru mózgu |  |  |  |
| **Dziecko ubezpieczonego** |  |  | Proszę o podanie wieku dziecka objętego ubezpieczeniem przez Towarzystwo. |
| Śmierć dziecka |  |  |  |
| Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego |  |  |  |
| Wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania |  |  |  |
| Dzienne świadczenie szpitalne dziecka z tytułu choroby |  |  |  |
| Dzienne świadczenie szpitalne dziecka z tytułu wypadku |  |  |  |
| Rekonwalescencja dziecka |  |  |  |

1. Kwota składki ubezpieczenia nie może przekraczać 59,00zł
2. Na dzień sporządzenia zapytania grupowym ubezpieczeniem objętych jest 18 osób.
3. Proszę podać górny wiek osoby przystępującej do ubezpieczenia.
4. Uprzejmie Państwa proszę o przygotowanie propozycji z uwzględnieniem danych przekazanych w niniejszym materiale ,bez kierowania dodatkowych pytań jak również ankiet.
5. W związku z usprawnieniem weryfikacji przedstawionych propozycji , uprzejmie Państwa proszę o wykorzystanie powyższej tabeli i udzieleniem w niej Państwa propozycji.

Sporządził w dniu 10.06.2019r Zatwierdził w dniu 10.06.2019r

Beata Oruba Aleksandra Mura