

## ZARZĄD WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO ogłasza uzupełniający konkurs ofert

na wybór w 2019 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych dla mieszkańców Miasta Rypina

### I. Przedmiot konkursu:

1. Przedmiotem konkursu jest wykonanie **40 szczepień ochronnych** osób dorosłych będących mieszkańcami **Miasta Rypina** w wieku po 65 r. ż. przeciwko pneumokokom z wykorzystaniem szczepionki 13-walentnej (PCV13), w tym:
  - 1) zakup ww. szczepionek oraz przechowywanie zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta,
  - 2) przeprowadzenie lekarskich badań kwalifikacyjnych w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania ww. szczepienia,
  - 3) wykonanie szczepień z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych,
  - 4) prowadzenie rejestracji uczestników programu,
  - 5) prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepienia ochronnego danej osoby (m.in. dokonanie wpisu potwierdzającego wykonanie szczepienia, sporządzenie stosownych sprawozdań i przekazanie ich do właściwych instytucji, zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego, uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na wykonanie szczepienia, wydanie osobie poddającej się szczepieniu zaświadczenia o wykonaniu szczepienia,
  - 6) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta.
2. Ww. świadczenia opieki zdrowotnej w ramach „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” powinny być udzielane na terenie Miasta Rypina i skierowane do 40 osób dorosłych po 65 r. ż. zameldowanych na terenie Miasta Rypina.
3. Do programu zostaną zakwalifikowane osoby w wieku powyżej 65 r.ż., które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom i znajdują się w grupie ryzyka - osoby leczone z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli i dychawicy oskrzelowej, zameldowane na terenie samorządów terytorialnych, które przystąpiły w 2019 roku do programu (załącznik nr 1). Pacjent zainteresowany szczepieniem zobowiązany będzie do przedstawienia dowodu tożsamości potwierdzającego zameldowanie lub wcześniejszej rejestracji u wybranego w drodze konkursu ofert realizatora programu celem weryfikacji miejsca zameldowania. Placówka realizująca program zobowiązana będzie do przekazania listy zarejestrowanych pacjentów do urzędu danej gminy/miasta/powiatu w celu weryfikacji miejsca zameldowania potencjalnego pacjenta. Dopiero po pozytywnej weryfikacji listy pacjentów przez pracownika/ów urzędu możliwe będzie ich zaszczepienie. Każdy pacjent zgłaszający się na szczepienie zobowiązany będzie także do przedstawienia zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego przynależność do grupy ryzyka.

### II. Oferenci:

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 2219, z 2019 r. poz. 492, 730).

### **III. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego:**

#### **A. Wymagania formalne:**

Oferenci wskazani w ogłoszeniu muszą spełniać kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 2219, z 2019 r. poz. 492, 730).

#### Dokumenty i oświadczenia wymagane od oferentów:

1. Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan aktualny) – przynajmniej pierwsza strona oraz strony potwierdzające posiadanie w strukturach punktu szczepień,
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS lub kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (stan aktualny)
3. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).
4. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,
5. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
6. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.
8. Zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją w związku z przetwarzaniem danych osobowych (według wzoru załączonego do formularza ofertowego).

#### **B. Wymagania merytoryczne:**

Ponadto oferenci muszą spełniać następujące szczegółowe warunki:

1. posiadać w swoich strukturach punkt szczepień, spełniający wszystkie wymogi techniczno-sanitarne określone obowiązującymi przepisami prawa oraz odpowiednie wyposażenie;
2. kwalifikacje personelu:
  - lekarz oraz
  - pielęgniarka/położna, posiadająca zaświadczenie o ukończeniu kursu/szkolenia specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych lub pielęgniarka/położna posiadająca co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

### **IV. Miejsce i termin składania ofert:**

1. Ofertę należy przesłać pocztą na adres:

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego  
Departament Zdrowia  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń

#### **lub złożyć osobiście do Punktu Informacyjno - Podawczego Urzędu Marszałkowskiego:**

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń  
Punkt Informacyjno-Podawczy – parter  
w godzinach pracy Urzędu

(poniedziałek, środa-czwartek 7.30-15.30, wtorek 7.30-17.00, piątek 7.30-14.00).

Koperta powinna być opisana poprzez oznaczenie nazwy i adresu oferenta oraz opatrzenie informacją „Oferta na uzupełniający konkurs ofert na wybór w 2019 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród

*osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom województwie kujawsko-pomorskim” w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.*

2. Ostateczny termin składania ofert upływa **28 czerwca 2019 r.**
3. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone.
4. Oferta powinna być sporządzona według wzoru stanowiącego **załącznik nr 1.**
5. Wraz z ofertą oferent składa wszystkie wymagane załączniki.
6. Formularz oferty można otrzymać w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu (ul. M. Skłodowskiej-Curie 73), lub pobrać z Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu (zakładka: Zdrowie).
7. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem pisemnego powiadomienia przewodniczącego komisji konkursowej.
8. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

#### **V. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu:**

1. Informacje dotyczące konkursu udzielane są w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, tel. 56 652 18 16.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert i uzyskania wyjaśnień niezwłocznie drogą elektroniczną.
3. Wyjaśnienie uzyskane na zapytanie kierowane w formie ustnej nie stanowią podstawy do odwołania.
4. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni przed terminem składania ofert.

#### **VI. Otwarcie, ocena i wybór ofert:**

1. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów.
2. W pierwszym etapie komisja konkursowa dokonuje oceny pod względem formalnym dokonując kolejno następujących czynności:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - b) otwiera koperty z ofertami,
  - c) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
  - d) odrzuca oferty sporządzone wadliwie bądź niekompletne oraz złożone po terminie,
  - e) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia lub oświadczenia zgłoszone przez oferentów.
3. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszej oferty/ofert dla poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego, dokonując kolejno następujących czynności:
  - a) ocenia oferty pod względem merytorycznym stosując następujące kryteria oraz ich punktację:
    - jednostkowy koszt proponowanych świadczeń: do 30 pkt
    - dostępność do świadczeń udzielanych w ramach programu: do 25 pkt
    - wyposażenie zabezpieczone przez oferenta na potrzeby programu: do 15 pkt
    - warunki kadrowe i kwalifikacje osób realizujących program: do 15 pkt
    - liczba realizowanych programów zdrowotnych w latach 2016-2018 (w tym programy realizowane z NFZ, MZ, ze środków jst, ze środków unijnych): do 6 pkt
    - frekwencja w % (liczba uczestników w stosunku do zawartej umowy) w programach realizowanych ze środków jst - średnia z lat 2016-2018): do 7 pkt
    - terminowość rozliczenia dotacji z samorządu województwa: do 2 pkt.

Oferta może uzyskać maksymalnie 100 pkt.

- b) odrzuca oferty nie spełniające kryteriów merytorycznych tj. oferty, które uzyskały poniżej 70 pkt.,
- c) w razie konieczności przeprowadza indywidualne negocjacje mające na celu ustalenie ceny jednostkowej świadczeń (w odniesieniu do ceny najkorzystniejszej dla udzielającego zamówienie), liczby świadczeń do wykonania oraz liczby mieszkańców objętych programem przez każdego z oferentów.

5. Uregulowania dotyczące drugiego etapu mają zastosowanie także wtedy, gdy w wyniku ogłoszenia konkursu zostanie złożona jedna oferta.
6. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:
  - a) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznych złożonych ofert,
  - b) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
7. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 60 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.
8. Ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu dokona Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego w formie uchwały na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową.
9. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

## **VII. Postanowienia końcowe:**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych o czym niezwłocznie informuje poprzez umieszczenie stosownych informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
  - a) odwołania konkursu ofert, przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert oraz przedłużenia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny.
  - b) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmiany w budżecie),Rozstrzygnięcie nastąpi również w przypadku wpłynięcia jednej oferty na cały konkurs.
3. Z wybranym w drodze konkursu ofert realizatorem zarówno Województwo Kujawsko-Pomorskie jak i Miasto Rypin zawrze stosowną umowę w części dotyczącej finansowania Programu przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego zgodnie z zasadą, iż 50% kosztów zaplanowanych szczepień zostanie pokryte ze środków Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, pozostałe 50% kosztów ze środków Miasta Rypina.

W sprawach nieuregulowanych niniejszym ogłoszeniem konkursowym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2018 poz. 1025 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 2219, z 2019 r. poz. 492, 730) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) w zakresie konkursów ofert oraz zawierania umów.

Szczegółowych informacji na temat konkursu udziela **Sylwia Lemańska-Gerc** z Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu (ul. M. Skłodowskiej-Curie 73), tel. 56 652 18 16, e-mail: [s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl)

**O zachowaniu terminu decyduje data złożenia oferty do Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu (Plac Teatralny 2, Punkt Informacyjno-Podawczy – parter)**

**Załącznik nr 1** do ogłoszenia w sprawie  
uzupełniającego konkursu ofert na wybór w 2019  
roku realizatora programu polityki zdrowotnej  
pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych  
wśród osób dorosłych w oparciu  
o szczepienia przeciwko pneumokokom  
w województwie kujawsko-pomorskim” w zakresie  
przeprowadzania szczepień ochronnych dla  
mieszkańców Miasta Rypina

.....  
(pieczętka firmowa Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu**  
**o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”**

**w gminie .....**

**I. Dane dotyczące Oferenta**

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu,  
telefon, fax, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk:

4. Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru np. ewidencji  
działalności gospodarczej:

5. Nr identyfikacyjny NIP:

6. Nr identyfikacyjny Regon:

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu  
Oferenta :

8. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień  
i uzupełnień dotyczących oferty:

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--

10. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych):

--

11. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

Lekarz  (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	
pielęgniarka  (wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z Oferentem)	

12. Wyposażenie Punktu Szczepień:

--

13. Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu (np. sprzęt komputerowy) oraz środki transportu i łączności:

--

## II. Informacje o programie

1. Planowana liczba uczestników programu zgodnie z ogłoszeniem konkursowym:

--

2. Liczba osób w wieku powyżej 65 r.ż. będących mieszkańcami gminy, której dotyczy oferta, nad którymi Oferent sprawuje profilaktyczną opiekę.

--

3. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych

--

## III. Plan finansowy – Przewidywane koszty zadania

I.p.	Świadczenie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)
1.	Wykonanie szczepienia ochronnego osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom szczepionką 13-waletną, w tym: - przeprowadzenie lekarskiego badania kwalifikacyjnego - wykonanie szczepienia, - wypełnienie niezbędnej dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych			szczepienie	
2.	Ogółem:				

#### IV. Informacje dodatkowe.

1.	Programy zdrowotne realizowane przez Oferenta w latach 2016-2018 (realizowane z NFZ, MZ, ze środków jst, ze środków unijnych) - nazwa programu, termin realizacji, zleceniodawca programu	
2.	Frekwencja w % (liczba uczestników w stosunku do zawartej umowy) w programach realizowanych przez Oferenta ze środków jst - średnia z lat 2016-2018	

#### Jednocześnie Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz załącznikami do ww. ogłoszenia.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.
3. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach programu posiadają wymagane kwalifikacje,
4. spełnia kryteria wynikające z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, 2219, z 2019 r. poz. 492, 730).
5. Wyraża zgodę na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.
6. Jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie byłam/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z środkami publicznymi oraz nie byłam/em skazana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
7. W stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
8. Podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
9. Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania oferenta

#### Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty i oświadczenia:

9. Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan aktualny) – przynajmniej pierwsza strona oraz strony potwierdzające posiadanie w strukturach punktu szczepień.
10. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z KRS lub kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (stan aktualny).
11. Kopia statutu jednostki (bądź innego dokumentu potwierdzającego jego formę organizacyjną np. kopia umowy spółki).



12. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu.
13. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
14. Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
15. Oświadczenie, że oferent będzie realizował program bez udziału podwykonawców.
16. Zgody na przetwarzanie danych osobowych wraz z informacją w związku z przetwarzaniem danych osobowych (według załączonego wzoru).

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól. Wszystkie pola oferty muszą zostać czytelnie wypełnione. W miejscach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.
3. Załączniki przedstawione przez Oferenta, stanowiące składowe części oferty, powinny być ponumerowane.
4. Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów placówki.

**ZGODA**  
**na przetwarzanie danych osobowych udzielana przez osobę, której dane dotyczą**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych:  
Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu  
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:  
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie w celu:

- realizacji przez Administratora konkursów ofert na realizację „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”, w tym przygotowania lub weryfikacji dokumentacji wynikającej z udziału podmiotu w konkursie (np. pism informacyjnych, oferty, korekty, umowy, aneksu do umowy, sprawozdań miesięcznych, sprawozdania z realizacji zadania publicznego);
- przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania publicznego realizowanego w ramach „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”
- przesyłania korespondencji, w tym elektronicznej oraz przekazywaniem za pośrednictwem kontaktu telefonicznego informacji dotyczących realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”;
- wykorzystania mojego wizerunku w ramach realizacji „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” .

Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą, a także, że zostałem(am) poinformowany(a) na temat warunków przetwarzania moich danych osobowych.

Toruń, ..... r.

.....  
(podpis osoby, której dane dotyczą)

**INFORMACJA**  
**w związku z przetwarzaniem danych osobowych**

Informacja sporządzona zgodnie z art. 37 ust. 7 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 (Dz. Urz. UE L. 119).

Administrator danych osobowych uprzejmie informuje, iż:

- 1) Administratorem (ADO) Pani/Pana danych osobowych jest:  
Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu  
NIP: 956-19-45-671, REGON: 871121290  
Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez:  
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego
- 2) Urząd działa przez przedstawicieli administratora danych osobowych, zgodnie ze strukturą organizacyjną;
- 3) W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych proszę kontaktować się z inspektorem ochrony danych – [iod@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl);
- 4) Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 512);
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą lub mogą być przekazywane wyłącznie do podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, porozumienia o współadministrowaniu lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
- 6) Podawane dane będą przechowywane w Urzędzie przez okres ustalony na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14, poz. 67 z późn. zm.);
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich sprostowania, usunięcia, a także do ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli taka zgoda była konieczna do rozpoczęcia czynności przetwarzania, jednakże po zawarciu umowy dane osobowe zostaną usunięte z uwzględnieniem upływu okresu, o którym mowa w pkt 6 niniejszej informacji;
- 10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne – w przypadku ich niepodania zobowiązanie Urzędu wobec Pani/Pana nie zostanie zrealizowane;
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 12) Urząd nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Niniejszą zgodę wraz z informacją przygotowano w dwóch egzemplarzach, jednym dla Urzędu, drugim dla osoby, której dane dotyczą.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:

Toruń, ..... r.

.....