

**ROZEZNANIE CENOWE**

**Gminny Zakład Gospodarki Komunalnej i Mieszaniowej w Wągrowcu  
zaprasza do złożenia ofert:**

**na świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla  
pracowników Gminnego Zakładu Gospodarki Komunalnej i Mieszaniowej w Wągrowcu**

**1. Przedmiotem zamówienia jest:** świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników Gminnego Zakładu Gospodarki Komunalnej i Mieszaniowej w Wągrowcu.

**2. Termin realizacji zamówienia:** od 1.01.2020r. do dnia 31.12.2020r.

**3. Miejsce usługi:** siedziba Wykonawcy.

**4. Okres gwarancji:** nie dotyczy

**5. Termin otwarcia ofert:** niezwłocznie po upływie terminu składania ofert.

**6. Kryteria oceny ofert**

Zamawiający dokona oceny ofert i wyboru najkorzystniejszej oferty jedynie spośród ofert uznanych za ważne, spełniających wymogi formalne.

Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą na podstawie kryteriów:

cena ( brutto ) - 100% znaczenia/100 punktów

Sposób oceny ofert:

W kryterium ceny, punkty zostaną obliczone według następującego wzoru:

Ocena punktowa = ( najniższa cena brutto spośród ważnych i nieodrzuconych ofert / cena brutto badanej oferty ) x 100

Obliczenia będą dokonywane w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.

Za najkorzystniejszą ofertę zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą ilość punktów. Pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów.

Wykonawca zobowiązany jest w Formularzu ofertowym (załącznik nr 1 do rozeznania cenowego), podać cenę do porównania ofert (stawka podatku VAT – zwolniony).

**7. Opis sposobu obliczania ceny ofert**

Cena oferty będzie uwzględniać wszystkie zobowiązania i koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.

Cena oferty będzie określona wyłącznie w złotych polskich. Rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone wyłącznie w walucie polskiej.

**8. Termin, do którego należy składać oferty**

Ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie **do dnia 6.12.2019 r. do godz. 12.00** w siedzibie Gminnego Zakładu Gospodarki Komunalnej i Mieszaniowej w Wągrowcu lub na adres e-mailowy [gzgkim@gzgkimwagrowiec.pl](mailto:gzgkim@gzgkimwagrowiec.pl)

**9. Opis sposobu przygotowania ofert**

Wykonawcy zobowiązani są zapoznać się dokładnie z informacjami zawartymi w rozeznaniu cenowym i przygotować ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w tym dokumencie.

Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.

Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być naniesione w czytelny sposób i parafowane przez osobę / osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.

Oferta powinna być podpisana przez osobę / osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.

Integralną częścią oferty jest wypełniony Formularz ofertowy – stanowiący Załącznik nr 1 do rozeznania cenowego.

Wykonawca może wprowadzić zmiany w złożonej ofercie, pod warunkiem że uczyni to przed upływem terminu składania ofert. W takim przypadku Wykonawca powinien dodatkowo umieścić informację „Zmiana oferty”.

#### **10. Zamawiający nie uwzględni ofert**

- Wykonawców, którzy złożą więcej niż jedną ofertę w prowadzonym postępowaniu,
- Nieodpowiadających warunkom postępowania,
- Złożonych po terminie.

#### **11. Wynik postępowania**

Po wyborze oferty najkorzystniejszej, Zamawiający zamieści zawiadomienie o wyniku postępowania. Zamawiający powiadomi telefonicznie.

#### **12. Osoby wyznaczone do kontaktów**

W sprawach dotyczących przedmiotu zamówienia:

Pani Agnieszka Ciemachowska – Dyrektor Zakładu, tel. 672621462

Pani Paulina Maciejewska – Specjalista ds. kadr i obsługi sekretariatu, tel. 672621462

#### **13. Załączniki do rozeznania cenowego**

- Formularz ofertowy – załącznik nr 1
- Określenia zajmowanego stanowiska pracy oraz warunków pracy – załącznik nr 2
- Wzór umowy – załącznik nr 3

DYREKTOR



*mgr inż. Agnieszka Ciemachowska*

.....  
(pieczęć nagłówek Wykonawcy)

.....  
(miejscowość, data)

**Gminny Zakład Gospodarki  
Komunalnej i Mieszkaniowej  
w Wągrowcu**

**OFERTA NA ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W ZAKRESIE  
PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

W odpowiedzi na złożone zapytanie ofertowe, składam ofertę dot. zamówienia pn.: ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W ZAKRESIE PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ i oferuję wykonanie usługi w pełnym zakresie podanym w zaproszeniu do złożenia oferty za cenę:

L.p	Nazwa zadania	Cena jednostkowa	Ilość świadczeń	Wartość
1	2	3	4	5
1.	Usługa medyczna w zakresie profilaktyki opieki zdrowotnej – pracownik biurowy (wstępne)		3os.	
1.1	pracownik biurowy (okresowe)		2os.	
1.2	pracownik biurowy (kontrolne)		1os.	
2.	Usługa medyczna w zakresie profilaktyki opieki zdrowotnej – konserwator - obsługa stacji uzdatniania wody (wstępne)		1os.	
2.1	konserwator - obsługa stacji uzdatniania wody (okresowe)		2 os.	
2.2.	konserwator - obsługa stacji uzdatniania wody (kontrolne)		1os.	
3.	Usługa medyczna w zakresie profilaktyki opieki zdrowotnej – konserwator (wstępne)		1os.	
3.1	konserwator (okresowe)		1os.	
3.2	konserwator (kontrolne)		1os.	
4.	Usługa medyczna w zakresie profilaktyki opieki zdrowotnej – sprzątacza (wstępne)		1os.	
4.1	sprzątacza (okresowe)		1os.	
4.2	sprzątacza (kontrolne)		1os.	
5.	Usługa medyczna w zakresie profilaktyki opieki zdrowotnej – inkasent (wstępne)		1os.	
5.1	inkasent (okresowe)		1os.	
5.2	inkasent (kontrolne)		1os.	
<b>RAZEM WARTOŚĆ</b>				

Oferuję wykonanie zadania w terminie i z zachowaniem warunków określonych w zaproszeniu do złożenia oferty.

.....  
(data i podpis osoby przygotowującej ofertę)

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania)

## OKREŚLENIA ZAJMOWANEGO STANOWISKA PRACY ORAZ WARUNKÓW PRACY

**1. Pracownik biurowy:**

- a) stanowisko decyzyjne związane z odpowiedzialnością,
- b) stanowisko związane ze stresem,
- c) stały duży dopływ do informacji i gotowość do odpowiedzi,
- d) praca przy komputerze minimum 4 godziny,
- e) jazda samochodem kat. B

**2. Konserwator – obsługa stacji uzdatniania wody**

- a) praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej,
- b) praca fizyczna,
- c) praca w wymuszonej pozycji,
- d) jazda pojazdem służbowym kat. B i T.

Ponadto, pracownik ma styczność z:

I. Czynniki fizyczne: zmienne warunki atmosferyczne, praca na wysokości do 10m,

II. Pyły:.....,

III. Czynniki chemiczne:.....,

IV. Czynniki biologiczne: podchloryn sodu

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:.....

**3. Konserwator**

- a) praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej,
- b) praca fizyczna,
- c) praca w wymuszonej pozycji
- d) jazda pojazdem służbowym kat. B

Ponadto, pracownik ma styczność z:

I. Czynniki fizyczne: zmienne warunki atmosferyczne, praca na wysokości do 10m,

II. Pyły:.....,

III. Czynniki chemiczne: : metan, dwutlenek węgla, siarkowodór,

IV. Czynniki biologiczne: komunalne (ścieki), podchloryn sodu,

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne: .....

**4. Sprzątaczk**

- a) praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej,
- b) praca fizyczna,
- c) praca w wymuszonej pozycji

Ponadto, pracownik ma styczność z:

I. Czynniki fizyczne: ,

II. Pyły:.....,

III. Czynniki chemiczne: chemiczne środki czystości drażniące dla skóry,

IV. Czynniki biologiczne:.....,

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:.....

**5. Inkasent**

- a) praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej,
- b) kierowanie pojazdem w ramach obowiązków służbowych - kat. B,
- c) praca fizyczna

Ponadto, pracownik ma styczność z:

I. Czynniki fizyczne: zmienne warunki atmosferyczne, możliwość pogryzienia przez psa,

II. Pyły:.....,

III. Czynniki chemiczne: .....,

IV. Czynniki biologiczne: .....,

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:.....

## WZÓR

UMOWA Nr ..../GZGKiM/2019U-....

**o świadczenie usług medycznych w ramach medycyny pracy**

zawarta w dniu ..... w ..... pomiędzy:

Gminą Wągrowiec, ul. Cysterska 22, 62-100 Wągrowiec, NIP: 7661968498 – Gminny Zakład Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej w Wągrowcu, ul. Janowiecka 98A, reprezentowaną przez Agnieszkę Ciemachowską – Dyrektora Gminnego Zakładu Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej w Wągrowcu, upoważnioną na podstawie zarządzenia nr 49/2019 Wójta Gminy Wągrowiec z dnia 12 kwietnia 2019r.,

zwaną w dalszej treści umowy **Zleceniodawcą**

a

....., reprezentowanym przez ....., działającą na podstawie upoważnienia

....., wydanego przez .....

zwanym w dalszej treści umowy **Zleceniobiorcą**.

## § 1

Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

- a) wykonywania badań profilaktycznych: wstępnych, okresowych i kontrolnych, dla kandydatów do pracy i pracowników Zleceniodawcy oraz konsultacji i badań pomocniczych.
- b) profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy obejmującej:
  - badania lekarskie mające na celu orzeczenie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy, w sytuacji zgłoszenia przez pracownika potrzeby takiego badania poza terminami wynikającymi z częstotliwości badań okresowych,
  - badania celowane w razie stwierdzenia choroby zawodowej u pracownika zakładu,
  - monitorowanie stanu zdrowia osób zatrudnionych w warunkach przekroczenia norm higienicznych,
- c) monitorowanie stanu zdrowia pracowników młodocianych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych,
- d) wykonywania badań lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych.

## § 2

Zleceniobiorca będzie wykonywał określone w § 1 badania zgodnie z obowiązującymi w tym przedmiocie przepisami Kodeksu pracy Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067) oraz ustawy z dnia 27.06.1997 r.- o służbie medycyny pracy (Dz.U.2019r. poz.1175) oraz badania wymienione w § 1 litera d) zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2019r. poz. 1239, 1495).

### § 3

Zleceniodawca zobowiązuje się :

- 1) kierować na badania pracowników z indywidualnymi skierowaniami. Wzór skierowania stanowi **załącznik nr 1** do umowy,
- 2) zapewnić możliwość przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,
- 3) informować Zleceniobiorcę o występowaniu w zakładzie warunków uciążliwych oraz czynników szkodliwych dla zdrowia z przekazaniem aktualnych wyników badań i pomiarów tych czynników,
- 4) udostępniać dokumentację wyników kontroli warunków pracy, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia;
- 5) do zapewnienia udziału w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej na terenie zakładu

### § 4

1. Badania pracowników Zleceniodawcy odbywać się będą w siedzibie .....
2. Orzeczenia o zdolności do pracy będą przekazywane pracownikowi Zleceniodawcy przez Zleceniobiorcę w terminie 7 dni roboczych od daty ukończenia badania.

### § 5

1. Odpłatność za przeprowadzone badania pracowników, ustala się według obowiązującego cennika, który stanowi **załącznik nr 2** do niniejszej umowy.
2. Należność za badania regulowana będzie przelewem na konto Zleceniobiorcy ..... w terminie 14 dni od daty otrzymania faktury wystawionej przez Zleceniobiorcę.

### § 6

1. Umowa zawarta jest na czas od **1.01.2020r.** do **31.12.2020r.** z prawem jej rozwiązania przez każdą ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo natychmiastowego rozwiązania umowy w przypadku zalegania przez Zleceniodawcę z zapłatą należności przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, po uprzednim wezwaniu do uregulowania zaległej należności w terminie nie krótszym niż 7 (siedem) dni od otrzymania ww. wezwania przez Zleceniodawcę.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.

### § 7

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do ochrony danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją umowy 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, zwane dalej RODO i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( tj. Dz.U z 2018.1000).
2. Zleceniodawca oświadcza, iż informacje związane z realizacją przedmiotu umowy stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa Zleceniodawcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz.U. 2018.419).
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Zleceniodawcy, których ujawnienie mogłoby narazić Zleceniodawcę na szkodę, pozyskanych w związku lub przy okazji realizacji przedmiotu umowy, z wyłączeniem sytuacji, o której mowa w pkt. 6, w zakresie niezbędnym do wykonania świadczenia, w trakcie trwania umowy i po jej zakończeniu.

4. Dane osobowe przyszłych pacjentów przetwarzane w celu realizacji przedmiotu umowy stanowią zgodnie z art. 11 ustawy o służbie medycyny pracy dokumentację medyczną, a ich Administratorem, w rozumieniu art. 4 pkt. 7 RODO jest Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy z siedzibą w Poznaniu, ul. Poznańska 55 A, 60-852 Poznań.
5. Dokumentacja medyczna, o której mowa w pkt. 4 objęta jest tajemnicą zawodową i służbową i jest udostępniana wyłącznie podmiotom uprawnionym.
6. Zleceniobiorca może zlecić na podstawie odrębnej umowy wykonanie niektórych świadczeń.
7. Zleceniobiorca oświadcza, że:
  - a. dane osobowe pozyskane w celu realizacji umowy są przetwarzane z zachowaniem wymogów powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności RODO,
  - b. stosuje środki techniczne i organizacyjne w celu zapewnienia ochrony danych osobowych, w szczególności przed ich ujawnieniem, udostępnieniem lub zabránieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem prawa oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.
8. Zleceniobiorca jest administratorem danych osobowych dotyczących Zleceniodawcy. Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO został spełniony w załączniku nr 3 do niniejszej Umowy. Zleceniodawca niniejszym potwierdza, iż zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej.

#### **§ 8**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz przepisy ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy ( Dz.U.2018.155 j.t)
2. Ewentualne spory wynikające z niniejszej umowy strony postanawiają w pierwszej kolejności załatwiać polubownie.
3. W przypadku niemożności ugodowego załatwienia sporu, strony poddają go rozpoznaniu przez Sąd Powszechny właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.

#### **§ 9**

Postanowienia niniejszej umowy wraz z załączonym cennikiem mają charakter poufny i nie mogą być rozpowszechniane bez zgody stron.

#### **§ 10**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, które otrzymują: Zleceniodawca i Zleceniobiorca.

**ZLECENIODAWCA**

**ZLECENIOBIORCA**

.....  
(oznaczenie pracodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

## SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

(wstępne / okresowe / kontrolne\*)

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. 2018. 917 t. j.), kieruję na badania lekarskie:

Pana / Panią (\*) .....  
(imię i nazwisko)

nr PESEL\*\*)

zamieszkałego / zamieszkałą\*)

..... ,  
(miejsowość, ulica, nr domu, nr lokalu)  
Zatrudnionego / zatrudnioną\*) lub podejmującego / podejmującą\*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

.....  
określenie stanowiska / stanowisk\*) pracy\*\*\*):  
.....

.....  
Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę

czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*):

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....  
(podpis pracodawcy)

### Objaśnienia:

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*\*) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.

\*\*\*\*) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.

\*\*\*\*\*) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

1) wydane na podstawie:

a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,

b) art. 221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,

c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,

d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,

e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe ( Dz. U.2018.792 t. j.) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;

2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. 2016.2067 t. j.)

**Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.**

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) – dalej RODO, informuję, iż:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy, z siedzibą w Poznaniu, ul. Poznańska 55A. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować drogą mailową na adres: [iodo@wcmp.pl](mailto:iodo@wcmp.pl) lub pisemnie na adres: ul. Poznańska 55 A, 60-852 Poznań lub pod numerem telefonu 61 8 467 160. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu



realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Ponadto dane osobowe szczególnej kategorii, tj. dane na temat zdrowia, będą przetwarzane do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia, zapewnienia zabezpieczenia społecznego, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO związku z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, oraz w celu wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez Administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej – na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.

Udostępnianie danych osobowych odbywa się wyłącznie uprawnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa, lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do Państw trzecich.

Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres czasu wynikający z przepisów prawa.

Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

Podanie Państwa danych osobowych jest niezbędne do wykonania badania lekarskiego, a obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa.