

POROZUMIENIE O STAŻ CZĄSTKOWY/PERSONALIZOWANY

zawarte w roku, w **Krakowie**, zwane dalej „porozumieniem”, pomiędzy:

Szpitalem Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o. o.
os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków

REGON 121188694; NIP 6783105119; KRS 0000352784; wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Małopolskiego pod numerem 000000024512 reprezentowanym przez **Artura Asztabskiego – Prezesa Zarządu**

– jednostką organizacyjną prowadzącą staż cząstkowy/personalizowany, zwaną dalej „**Przyjmującym**”

a

z siedzibą

NIP: **REGON:** **KRS:**

reprezentowanym przez

– podmiotem prowadzącym staż podyplomowy, zwanym dalej „**Kierującym**”,

zwanymi łącznie „Stronami” lub osobno „Stroną”.

Działając na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2023 w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2023 poz. 377 z późn. zm.), w celu umożliwienia **lekarzowi**

.....,
który odbywa u **Kierującego** staż podyplomowy, odbycia u **Przyjmującego** stażu
cząstkowego/personalizowanego w zakresie:

.....
strony porozumienia postanawiają, co następuje:

§ 1.

Przyjmujący oświadcza, że jest uprawniony do prowadzenia staży cząstkowych/personalizowanych w zakresie:

.....
i zobowiązuje się do przyjęcia **lekarza**

.....
odbywającego staż podyplomowy u **Kierującego** w celu odbycia w/w stażu cząstkowego/personalizowanego.

§ 2.

1. Strony ustalają, że niniejsze porozumienie wystawione przez Kierującego do Przyjmującego celem odbycia stażu częściowego/personalizowanego **przez lekarza**

.....
będzie przekazywane Przyjmującemu przez lekarza realizującego staż co najmniej na **30** dni przed planowanym rozpoczęciem tego stażu u Przyjmującego.

2. Po otrzymaniu porozumienia, o którym mowa w ust. 1, Przyjmujący niezwłocznie poinformuje lekarza chcącego realizować staż częściowy/personalizowany, czy dany staż może odbyć się w planowanym terminie.
3. W przypadku, gdy staż nie może odbyć się w planowanym terminie, Przyjmujący poinformuje lekarza chcącego realizować staż częściowy/personalizowany o najbliższym możliwym terminie, w którym dany staż będzie mógł się odbyć.

§ 3.

Przyjmujący zobowiązuje się do realizacji stosownych obowiązków w zakresie organizacji i prowadzenia stażu częściowego/personalizowanego, tj:

- 1) ustalenia planu stażu częściowego/personalizowanego;
- 2) zagwarantowania koordynatora stażu – lekarza posiadającego II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, który będzie nadzorował staż;
- 3) zapewnienia warunków niezbędnych do prawidłowego zrealizowania stażu częściowego/personalizowanego zgodnie z jego planem;
- 4) zapewnienia realizacji dyżurów medycznych, jeżeli zgodnie z programem jest wymagane pełnienie dyżurów medycznych w trakcie stażu;
- 5) zapewnienia lekarzowi, w miarę możliwości Przyjmującego, dostępu do materiałów, szkoleń, sympozjów, konferencji itp., które mogą być przydatne w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, a które odbywają się w ramach działalności Przyjmującego i są prowadzone przez lekarzy zatrudnianych przez Przyjmującego;
- 6) potwierdzenia odbycia przez lekarza stażu częściowego/personalizowanego zgodnie z programem stażu podyplomowego – potwierdzenia dokonuje koordynator stażu w karcie stażu podyplomowego lekarza odbywającego staż.

§ 4.

Kierujący oświadcza, że kierowany lekarz zobowiązał się do:

- 1) rzetelnego wykonywania obowiązków powierzonych mu przez koordynatora stażu;
- 2) dbania o powierzony sprzęt, materiały i inne wyposażenie Przyjmującego;
- 3) przestrzegania obowiązujących u Przyjmującego procedur.

§ 5.

Kierujący oświadcza, że lekarz skierowany do odbycia stażu częściowego/personalizowanego w ramach porozumienia:

- 1) jest objęty ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej i następstw nieszczęśliwych wypadków na cały okres stażu częściowego/personalizowanego w ramach polisy Kierującego;
- 2) posiada aktualne obowiązkowe badania lekarskie, niezbędne do wykonywania czynności w ramach stażu częściowego/personalizowanego oraz przeszkolenie stanowiskowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych.

§ 6.

1. Kierujący ponosi pełną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez lekarza na terenie zakładu Przyjmującego także wobec osób trzecich, chyba że powstały one wyłącznie z winy leżącej po stronie Przyjmującego. W szczególności Kierujący zobowiązuje się do zwrotu Przyjmującemu wszystkich kwot wypłaconych osobie trzeciej tytułem odszkodowania lub zadośćuczynienia w związku ze szkodą wyrządzoną przez skierowanego lekarza, a także do zwrotu ewentualnych kosztów postępowania poniesionych przez Przyjmującego w ramach obrony przed roszczeniami osób trzecich.
2. Przyjmujący zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Kierującego o zgłoszonych roszczeniach, także wobec osób trzecich, tak aby Kierujący mógł podjąć właściwą obronę.

§ 7.

1. Za wykonywanie świadczeń medycznych w ramach realizacji programu odbywanego stażu częściowego/personalizowanego, określonego w programie stażu podyplomowego, w tym również za pełnienie dyżurów medycznych, lekarz otrzymuje wynagrodzenie od Kierującego określone w umowie o staż podyplomowy, zawartej pomiędzy lekarzem a Kierującym.
2. Przyjmujący nie pobiera od Kierującego opłat z tytułu prowadzenia stażu częściowego/personalizowanego.

§ 8.

1. Porozumienie zostaje zawarte na okres od dnia roku do dnia roku.
2. Porozumienie może zostać wypowiedziane przez każdą ze Stron z zachowaniem 1-tygodniowego okresu wypowiedzenia.
3. Porozumienie może zostać rozwiązane za obopólnym porozumieniem na wniosek którejkolwiek ze stron.
4. Porozumienie rozwiązuje się automatycznie w przypadku nie podjęcia stażu przez kierowanego lekarza lub w przypadku nie dopuszczenia lekarza przez Przyjmującego do realizacji stażu wg. ustaleń zawartych w niniejszym porozumieniu.
5. Oświadczenia woli Stron dotyczące zmiany, rozwiązania lub wypowiedzenia porozumienia są składane w formie pisemnej w postaci papierowej.

§ 9.

1. W sprawach nieuregulowanych porozumieniem mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności:
 - 1) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2023 w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2023 poz. 377 z późn. zm.),
oraz
 - 2) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1071, z późn. zm.).
2. Wszystkie spory wynikające z realizacji postanowień porozumienia będą rozstrzygane przez Strony w drodze negocjacji. W przypadku braku możliwości rozstrzygnięcia sporu w drodze negocjacji, kwestie sporne zostaną poddane rozpatrzeniu przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Przyjmującego.
3. Porozumienie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron. Porozumienie sporządzono w postaci papierowej oraz przekazano jej identyczny egzemplarz zarówno Kierującemu, jak i Przyjmującemu.
4. Porozumienie wchodzi w życie z dniem jej podpisania przez ostatnią ze Stron.

.....

podpis Kierującego

.....

podpis Przyjmującego



Informacja Szpitala Przyjmującego na staż o przetwarzaniu danych osobowych

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 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 (dalej: RODO) Przyjmujący, informuje że:
 - 1) Administratorem danych osobowych lekarzy Stażystów tj. nazwisko i imię, e-mail, telefon kontaktowy oraz miejsce i adres zatrudnienia, jest **Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o. o., adres: os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków;**
 - 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: rodo@rydygierkrakow.pl lub telefonicznie pod nr. 12 646 8888
 - 3) Administrator będzie przetwarzał dane osobowe lekarzy Stażystów na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, gdyż przetwarzanie to jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
 - 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. dostawcą usług IT);
 - 5) Administrator nie będzie przekazywał danych osobowych lekarzy stażystów do państw trzecich i organizacji międzynarodowych;
 - 6) Lekarze stażyści mają prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
2. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO Szpital Przyjmujący informuje, że:
 - 1) Dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu terminów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 2) Stażyście przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
 - 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia i realizacji umowy;
 - 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe.



Os. Złotej Jesieni 131-826 Kraków
tel. (12) 646 82 07
www.szpitalnydygier.pl



.....
imię i nazwisko

Kraków, dnia

.....
Stanowisko

.....
Komórka organizacyjna

OŚWIADCZENIE W SPRAWIE MIEJSCA ZAMIESZKANIA W OKRESIE 20 LAT PRZED DNIEM ROZPOCZĘCIA WSPÓŁPRACY

Niniejszym oświadczam, że w ostatnich 20 latach przed dniem rozpoczęcia współpracy*:

- a) nie zamieszkiwałem/am w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska lub państwo mojego obywatelstwa inne niż RP

tj.....
wpisać nazwę państwa obywatelstwa

- b) zamieszkiwałem/am w państwie mojego obywatelstwa tj.....
wpisać nazwę państwa obywatelstwa

lub w poniżej wymienionych państwach:

.....
wpisać nazwę państwa, w którym zamieszkiwano

.....
wpisać nazwę państwa, w którym zamieszkiwano

.....
wpisać nazwę państwa, w którym zamieszkiwano

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis pełnym imieniem i nazwiskiem

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tekst jednolity Dz. U. 2024 poz. 560 z późn. zm.)

***prawidłowe zakreślić (a lub b) i wypełnić**



Kraków, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
Stanowisko

.....
Komórka organizacyjna

OŚWIADCZENIE

W SPRAWIE REJESTRÓW KARNYCH W PAŃSTWIE OBYWATELSTWA I PAŃSTWACH ZAMIESZKANIA

Niniejszym oświadczam, że*:

a) prawo w państwie mojego obywatelstwa tj.....
wpisać nazwę państwa obywatelstwa

nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych / nie stanowi o prowadzeniu rejestru karnego**

b₁) prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am tj.....
wpisać nazwę państwa, w którym zamieszkiwano

nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych / nie stanowi o prowadzeniu rejestru karnego**

b₂) prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am tj.....
wpisać nazwę państwa, w którym zamieszkiwano

nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych / nie stanowi o prowadzeniu rejestru karnego**

b₃) prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am tj.....
wpisać nazwę państwa, w którym zamieszkiwano

nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych / nie stanowi o prowadzeniu rejestru karnego**

Ponadto oświadczam, że nie byłem/am prawomocnie skazany/a w żadnym z wyżej wymienionych państw za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego (tekst jednolity: Dz. U. 2024 poz. 17) oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity: Dz. U. 2023 poz. 1939) oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/am się takich czynów zabronionych oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich lub z opieką nad nimi.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
podpis pełnym imieniem i nazwiskiem

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tekst jednolity Dz. U. 2024 poz. 560 z późn. zm.)

***prawidłowe zakreślić (a lub/i b) i wypełnić**

** **niepotrzebne skreślić**