

1	2	3	4	5
I.p	Opis wymagania	Wymaganie konieczne (TAK / NIE)	Data wymagalności (RRRR-MM-DD)	Gwarancje spełnienia wymagań przed Datą wymagalności (TAK / NIE)
1	Wykonawca zapewnia, że dostęp do pomieszczeń w których przetwarzane są dane osobowe jest nadzorowany tzn. uzyskanie samodzielnego dostępu do pomieszczenia jest możliwe jedynie przez osobę upoważnioną do przetwarzania danych osobowych oraz że posiada stosowne procedury i jest w stanie wykazać ich stosowanie.	TAK	Dzień złożenia oferty	
2	Wykonawca zapewnia, że do przetwarzania powierzonych danych osobowych zostaną dopuszczone jedynie osoby upoważnione przez Wykonawcę	TAK	Rozpoczęcie umowy	
3	Wykonawca oświadcza, że spełnia wymagania określone w RODO a w szczególności w art. 28, 29, 30, 32.	TAK	25.05.2018	
4	Wykonawca zapewnia, że jego systemy i aplikacje informatyczne, wszystkie stacje komputerowe na których przetwarzane są dane osobowe są zabezpieczone i spełniają wymagania określone przepisami prawa (m.in. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych przed działaniem szkodliwego oprogramowania) o ile producent wyrobu medycznego tego nie zabrania..	TAK	Rozpoczęcie umowy	
5	Komunikacja (przesyłanie danych osobowych) pomiędzy systemami Informatycznymi Wykonawcą a Zamawiającym, która odbywa się za pośrednictwem sieci publicznej Internet jest szyfrowana w sposób bezpieczny.	TAK	Rozpoczęcie umowy	
6	Wykonawca zapewnia, zgodnie z postanowieniami § 3 Załącznika 1-A do Umowy powierzone do przetwarzania dane osobowe zostaną usunięte.	TAK	W terminie, o którym mowa w §3 Załącznika 1-A do umowy.	

Zasady wypełniania formularza:

- 1) Kolumna nr 5 -> należy zaznaczyć TAK jeśli przed terminem określonym w Kolumnie nr 4 (Data wymagalności) Przyjmujący zamówienie spełni wymagania określone w kolumnie 2. Zaznaczyć NIE jeśli składający ofertę nie spełni wymagań w terminie określonym w Kolumnie 4 (Data wymagalności).
- 2) Zaznaczenie co najmniej jednej odpowiedzi NIE w Kolumnie nr 5 (Gwarancje spełnienia wymagań przed Datą wymagalności) jest równoznaczne z niespełnieniem przez Przyjmującego zamówienia wymagań dotyczących bezpieczeństwa informacji.
- 3) Udzielający zamówienie nie dopuszcza możliwości spełnienia wymagań dopiero po upływie „Terminu wymagalności” określonego w kolumnie nr 4.

Oświadczam, że:

-> zapoznałem się z wymaganiami w zakresie bezpieczeństwa informacji i nie wnoszeniu do nich zastrzeżeń

-> powyższe wymagania zostaną spełnione przed upływem terminu określonego w Kolumnie nr 4 „Data wymagalności”

.....  
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do złożenia oświadczenia

2014-04-08 14:00:00

Załącznik nr 1 do Aneksu nr 1 do Zarządzenia Dyrektora Nr 16/2012

PR-01 QD-011

Łódź, dnia .....r.

Pieczęć jednostki kierującej, numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

### ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Zlecam przewiezienie

chorego(ej)....., lat.....

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

f Nr tel.....

zam.

W.....

adres: miejscowość, kod, ulica, nr domu, nr mieszkania

rozpoznanie.....

w języku polskim

Kod (ICD10).....

#### FORMA ODPLATNOŚCI ZA TRANSPORT:

~~bezpłatny~~ - dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publ.

~~bezpłatny~~ – konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym

~~bezpłatny~~ – potrzeba kontynuacji leczenia (w danym podmiocie lub przekazanie do dalszego leczenia w innym podmiocie.....)

odpłatność za transport 60%.

Uwaga !!

należy wypełnić dodatkowo druk Oświadczenia PR-01 QD-012 i Zobowiązania PR-01 QD-013

Z.....

nazwa jednostki i adres

w dniu.....o godzinie.....w pozycji:.....siedzącej/leżącej\*

do.....

nazwa jednostki i adres lub adres zamieszkania pacjenta

rodzaj transportu sanitarnego.....

bez opieki lekarza/ pod opieką lekarza/ratownika medycznego/sanitarusza\*

uwagi.....

\*niepotrzebne skreślić

podpis i pieczęcią ordynatora/osoby upoważnionej

podpis i pieczęcią Dyrektora/osoby upoważnionej

Godzina przekazania pacjenta:

.....

Potwierdzam przekazanie pacjenta:

(pieczęć i podpis)

Potwierdzam przejęcie pacjenta:

(pieczęć i podpis)

Wydanie IV

Data obowiązywania: 07.04.2014