STAROSTWO POWIATOWE w KĘDZIERZYNIE-KOŹLU

47-220 Kędzierzyn-Koźle, Plac Wolności 13
tel. (077) 472-32-00; 483-31-08 fax (077) 472-32-95
e-mail: starostwo@powiat.kedzierzyn-kozle.pl, www.powiat.kedzierzyn-kozle.pl

Kędzierzyn-Koźle, 12.08.2020r.

ZP.033.16.2020

ZAPROSZENIE DO WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM ZESPOŁEM DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W KĘDZIERZYNIE-KOŹLU UL. JUDYMA 5

Starostwo Powiatowe w Kędzierzynie-Koźlu zaprasza do współpracy z **Powiatowym Zespołem ds. Orzekania o Niepełnosprawności, który zatrudni lekarza – członka składu orzekającego** o specjalności:

- lekarz okulista ze specjalizacją co najmniej pierwszego stopnia, posiadającego prawo wykonywania zawodu.

I. Przedmiot współpracy i wymagania:

1. **Zadania lekarza w Zespole:**
   - udział w posiedzeniach składów orzekających Zespołu, przeprowadzenie badania lekarskiego, wywiadu oraz analiza materiału dowodowego dokumentującego stan zdrowia orzekanego i wypełnienie na tej podstawie oceny stanu zdrowia – w trakcie posiedzenia składu orzekającego zakończonego podpisaniem wydanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (obligatoryjnie),
   - weryfikacja złożonej dokumentacji medycznej w zakresie kompletności oraz konieczności jej uzupełnienia o niezbędne wyniki badań diagnostycznych oraz inne dokumenty związane ze stanem zdrowia osoby zainteresowanej mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności; (fakultatywnie).
2. Warunkiem niezbędnym udziału lekarza – członka zespołu w posiedzeniach składów orzekających jest odbycie jednodniowego szkolenia organizowanego przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Opolu, zakończonego zdobyciem zaświadczenia uprawniającego do orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. Szkolenia odbywają się w Wojewódzkim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opolu i są **bezpłatne**. Warunkiem zgłoszenia do udziału w szkoleniu jest powołanie osoby zainteresowanej do składu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kędzierzynie-Koźlu.
3. Lekarz – przewodniczący składów orzekających zatrudniony będzie w Zespole na podstawie **umowy cywilno-prawnej**. Przedmiotem umowy będzie wydanie stosownego orzeczenia, za które zleceniobiorca otrzymuje wynagrodzenie w wysokości określonej Zarządzeniem nr 32/2020 Starosty Powiatu Kędzierzyńsko-Kozielskiego z dnia 30.06.2020 roku w sprawie określenia stawek wynagrodzenia dla członków Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego zaproszenia).
4. Składy orzekające Zespołu zbierają się w siedzibie **Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kędzierzynie-Koźlu ul. Judyma 5 od poniedziałku do piątku w** godzinach przedpołudniowych i popołudniowych (do uzgodnienia z lekarzem).
5. Okres realizacji współpracy: od daty podpisania umowy do 31.12.2020r.

II. Warunki współpracy i wymagane dokumenty

a. Warunkiem współpracy jest spełnienie wymogów kwalifikacyjnych jakie powinien spełniać lekarz, określonych w § 21 ust. 1 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.
b. Wykonawca - lekarz spełni niniejszy warunek współpracy przedstawiając poniższe dokumenty:
   - kserokopia dyplomu ukończenia akademii medycznej (oryginał dokumentu do wglądu),
   - kserokopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu lekarza (oryginał dokumentu do wglądu),
   - kserokopia zaświadczenia ukończenia specjalizacji (oryginał dokumentu do wglądu).
c. Wykonawca w celu potwierdzenia współpracy wraz z ww. dokumentami złoży również:
   - oświadczenie o współpracy jako członek zespołu orzekającego – załącznik nr 1.

III. Termin i sposób składania ofert.

Oświadczenia i dokumenty określone w pkt. II należy złożyć w terminie do **30.09.2020 roku** w następujących formach:

1. Skanów na adres poczty elektronicznej: pzon@powiat.kedzierzyn-kozle.pl
2. Pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Kędzierzynie-Koźlu, Powiatowy Zespół Ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Judyma 5, 47-220 Kędzierzyn-Koźle.
3. Osobiście w siedzibie Powiatowego Zespołu Ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Judyma 5, 47-220 Kędzierzyn-Koźle (parter, pok. Nr 3).

IV. Przetwarzanie danych osobowych.

- Administratorem danych osobowych jest Starosta kędzierzyńsko-kozielski z siedzibą Plac Wolności 13, 47-220 Kędzierzyn-Koźle.
- Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: k.ksieski@powiat.kedzierzyn-kozle.pl , telefon nr 774052777
- Szczegóły przetwarzania poszczególnych danych osobowych oraz klauzule informacyjne dostępne na stronie internetowej www.powiat.kedzierzyn-kozle.pl albo w poszczególnych wydziałach lub komórkach urzędu oraz u Inspektora Ochrony Danych
- W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje skarga do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Szczegółowych informacji udziela:
Kornelia Pośpiech-Góreczna - przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kędzierzynie-Koźlu tel. 77 405 27 84.

Piotr Kmieć

Elektronicznie podpisany przez Piotr Kmieć
Data: 2020.08.12 14:36:39 +02'00'

Załącznik nr 1

.....
/pieczęć adresowa wykonawcy/

Oświadczenie o współpracy jako członek zespołu orzekającego

Ja niżej podpisany/a:

……..……..……..…….
(imię, nazwisko)

działając w imieniu i na rzecz:

……..……..……..…….
(pełna nazwa/firma, adres)

odpowiadając na ogłoszenie o zaproszeniu do współpracy z Powiatowym Zespołem Ds. Orzekania o Niepełnosprawności nr …….. z dnia ……. zobowiązuję się podjąć współpracę jako członek składu orzekającego o specjalności - lekarz ……

Oświadczamy ponadto, że:

a) zapoznaliśmy się ze warunkami zaproszenia do współpracy nr …….. z dnia ……., a także projektem umowy oraz wszystkimi innymi dokumentami i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz uznajemy się za związanych określonymi w nich warunkami,

b) uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert,

c) w przypadku spełnienia warunków określonych w przedmiotowym zaproszeniu zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach w niej określonych miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego,

Miejsce i data .....

Podpis …….....