

Dyrektor

**Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Zielonce,**

ogłasza konkurs na stanowisko:

**Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny
Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce.**

Na podstawie art. 49 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 779) w zw. z § 4 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r. poz. 430) oraz w oparciu o przyjęty przez Komisję konkursową Regulamin Przeprowadzenia Konkursu na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce.

Dyrektor Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce ogłasza konkurs na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce.

I. Nazwa i adres podmiotu leczniczego.

Miejska Przychodnia Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce,
05-220 Zielonka, ul. Mickiewicza 18.

II. Informacja o zasadach udostępniania materiałów informacyjnych o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym podmiotu leczniczego.

Każdemu kandydatowi zgłaszającemu się do konkursu udostępnia się do wglądu, jednakowe dla wszystkich kandydatów materiały informacyjne o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce, poprzez wyłożenie ich do wglądu w sekretariacie Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce, ul. Mickiewicza 18, od poniedziałku do piątku, w godzinach 08:00 – 15:00.

III. Stanowisko objęte konkursem.

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce.
2. Forma zatrudnienia: umowa o pracę.
3. Wymiar czasu pracy: 1/2 etatu

IV. Wymagania.

1. Wymagania podstawowe dla kandydata na stanowisko objęte konkursem:

- a) posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza w Rzeczypospolitej Polskiej;
- b) posiadanie tytułu zawodowego lekarza;
- c) posiadanie tytułu specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny;
- d) posiadanie co najmniej ośmioletniego stażu pracy w zawodzie.

2. Wymagania dodatkowe dla kandydata na stanowisko objęte konkursem:

- a) co najmniej pięcioletnie doświadczenie w pracy na stanowisku lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej;
- b) umiejętność sprawnej organizacji pracy i zarządzania zespołem;
- c) komunikatywność oraz kreatywność.

V. Wymagane dokumenty.

1. Podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem.

2. Kserokopie dokumentów, potwierdzonych przez kandydata za zgodność z oryginałem, stwierdzające kwalifikacje zawodowe, wymagane do zajmowania danego stanowiska, w tym prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej.

4. Inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata - kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem, przy czym poświadczenie może być dokonane przez kandydata. Na żądanie właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest zobowiązany przedstawić oryginały dokumentów.

5. Oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania stanowiska objętego konkursem.

6. Oświadczenie, o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach przeprowadzenia postępowania konkursowego na dane stanowisko oraz zaakceptowaną przez kandydata klauzulę informacyjną.

VI. Miejsce oraz termin złożenia wymaganych od kandydatów dokumentów.

1. Zgłoszenia kandydatury wraz z wymaganymi dokumentami należy składać w zamkniętych kopertach osobiście lub przesłać pocztą na adres: Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce, ul. A. Mickiewicza 18, 05-220 Zielonka.

2. Zgłoszenia kandydatury powinny być złożone w terminie do dnia **25.04.2025 r.** do godz. **10.00** (decyduje data i godzina wpływu oferty do MPZ SP ZOZ w Zielonce lub data stempla pocztowego). Na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego oraz adres e-mail, a także adnotację o treści: „Konkurs na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce”.

VII. Przewidywane miejsce oraz termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur.

1. Miejsce rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur i rozstrzygnięcia konkursu: Miejska Przychodnia Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce, ul. Mickiewicza 18, 05-220 Zielonka.
2. Termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur i rozstrzygnięcia konkursu: do 30 dni od dnia wpływu terminu na składanie zgłoszeń, określonego w punkcie VI.
3. O terminie rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur, w tym terminie indywidualnych rozmów kandydatów z komisją konkursową, kandydaci zostaną powiadomieni telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej (e-mail).
4. O wynikach konkursu kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie w terminie 7 dni od dnia ostatniego posiedzenia komisji konkursowej.

IX. Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem danych osobowych kandydatów jest Miejska Przychodnia Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce, ul. A. Mickiewicza 18, 05-220 Zielonka, tel. 22 76 35 790, adres e-mail: moz@spzozzielonka.pl
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@spzozzielonka.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procedury wyboru na stanowisko objęte konkursem.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez czas trwania procedury konkursowej na stanowisko objęte konkursem, a po zakończeniu procedury dane będą włączane do akt osobowych kandydata zatrudnianego na ogłaszane stanowisko, pozostałym kandydatom dokumenty zostaną zwrócone.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a i c ww. rozporządzenia RODO.
6. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

a) dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych;

b) wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

7. Podanie danych osobowych we wskazanym zakresie jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w postępowaniu konkursowym.

8. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.

9. Formularz wyrażenia przez kandydata zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia procedury rekrutacyjnej stanowi załącznik nr 1 do Ogłoszenia.

Ogłoszenie o konkursie opublikowano na stronie www.spzozzielonka.pl

udostępniono na stronie podmiotu tworzącego www.zielonka.pl – Urzędu Miasta Zielonka.

Zielonka, 25.03.2025 r.


DYREKTOR
mgr Krzysztof Kukla

Oświadczenie

**w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych,
w celu przeprowadzenia procedury rekrutacyjnej na stanowisko Zastępcy Dyrektora
ds. Lecznictwa Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Zielonce.**

Ja niżej popisaną/podpisany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit. a 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 119/1, z 4.5.2016) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwanego dalej „RODO”),

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody *

na przetwarzanie następujących kategorii moich danych osobowych (imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail, adres zamieszkania/pobytu, miejsce pracy, zajmowane stanowisko, pełnione funkcje, osiągnięcia naukowe, dziedzina i dyscyplina naukowa, tytuł lub stopień naukowy, tytuł zawodowy), w zakresie konkursu na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce.

Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

Podane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wyboru i powołania na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Miejskiej Przychodni Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce.

Jest mi wiadomym, że posiadam prawo do:

- 1) żądania od wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych:
 - a) dostępu do moich danych osobowych;
 - b) sprostowania moich danych osobowych;
 - c) usunięcia moich danych osobowych, jeżeli zachodzi jedna z okoliczności wskazanych w art. 17 ust. 1 RODO i jeżeli przetwarzanie moich danych osobowych nie jest niezbędne w zakresie wskazanym w art. 17 ust. 3 RODO;
 - d) ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 ust. 1 RODO,
- 2) wniesienia do wskazanego w niniejszym oświadczeniu Administratora danych osobowych sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych:
 - a) na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, w zakresie, w jakim przetwarzanie jest związane z takim marketingiem bezpośrednim,
- 3) przenoszenia moich danych osobowych,
- 4) wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,

5) wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

Zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych zgodnie z art. 13 i 14 RODO, zamieszczonymi na stronie Internetowej:

www.spzozzielonka.pl

zakładka dla pacjenta,- ochrona danych osobowych.

*niepotrzebne skreślić.

.....
Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę