**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego

i Bezdechu Sennego

Łódź, dnia 27 listopada 2019r.

**I. Udzielający zamówienia:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź

**II. Podstawa prawna:**

Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018r., poz. 2190 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn. zm.).

**III. Przedmiot konkursu ofert i czas trwania umowy:**

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnychw Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego.

Umowa zostanie zawarta od 01.01.2020r. do 31.12.2022r.

Miejsce wykonywania świadczeń:

**Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego**

**i Bezdechu Sennego**

**ul. Mazowiecka 6/8, 92-215 Łódź**

**IV. Warunki udziału w postępowaniu:**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:

1) są podmiotami, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018r., poz. 2190 z późn. zm.),

2) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia, zgodnie z przepisami prawa i wymogami w tym zakresie.

**V. Osoby uprawnione do udzielania informacji:**

1. W przypadku wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się o wyjaśnienia w formie pisemnej do Udzielającego zamówienia.

2. Wniosek o wyjaśnienie treści szczegółowych warunków konkursu ofert należy złożyć nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu do składania ofert. Wniosek złożony po terminie nie będzie rozpatrywany.

3. Udzielający zamówienia udziela wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert.

4. Treść wyjaśnień wraz z zapytaniem Udzielający zamówienia umieści na stronie internetowej Udzielającego w zakładce „Konkurs Ofert w zakresie ...”, bez podania źródła zapytania.

5. Ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, formularzem ofertowym i wzorem umowy można zapoznać się na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl), w zakładce Ogłoszenia - Konkursy.

**VI. Sposób przygotowania ofert:**

1. Oferta powinna zawierać:

a) Formularz ofertowy (Załącznik nr 1),

b) Oświadczenie (Załącznik nr 2),

c) Właściwe zaświadczenie z rejestru indywidualnych praktyk /indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, jeśli dotyczy,

d) Zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,

e) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe m.in. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne,

f) Aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. W przypadku gdy oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – wymagane jest pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania Oferenta wynika z dokumentów przedstawionych wraz z ofertą.

3. Oferent składa ofertę na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.

4. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.

5. Oferta powinna być trwale spięta i mieć ponumerowane strony.

6. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.

7. Miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje oferent lub osoba upoważniona na podstawie pełnomocnictwa złożonego w formie pisemnej. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.

8. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienia o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.

9. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie oferty".

10. Oferty należy składać w zamkniętej kopercie w formie pisemnej z dopiskiem na kopercie:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego**

**i Bezdechu Sennego.**

**Nie otwierać przed dniem 11.12.2019r. godz. 1115”**

11. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

**VII. Informacje o dokumentach załączonych przez oferenta:**

1. Oferent przedkłada wymagane dokumenty w formie kserokopii potwierdzonej „za zgodność z oryginałem” przez siebie albo osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.

2. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

**VIII. Miejsce i termin składania ofert:**

1. Oferty wraz z wymaganymi dokumentami należy składać w Kancelarii Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej ul. Sporna 36/50 do dnia 11.12.2019r. do godziny 1100

2. Oferta przesłana Pocztą Polską lub pocztą kurierską będzie traktowana

jako złożona w terminie jeżeli zostanie dostarczona do Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii do dnia 11.12.2019r. do godz. 1100

3. W przypadku przesłania oferty pocztą decyduje data jej wpływu do Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii, a nie data stempla pocztowego.

4. Oferent jest związany ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

5. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 11.12.2019r. o godzinie 1115 w pok. 10 w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej.

6. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości lub w części oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

**IX. Komisja Konkursowa:**

Konkurs ofert przeprowadza powołana przez Udzielającego Zamówienia komisja konkursowa.

**X. Kryteria oceny ofert:**

Oferta może dotyczyć wszystkich pozycji lub wybranych.

Dokonując wyboru ofert komisja konkursowa kieruje się następującym kryterium:

***Cena***

obliczona według formuły:

*x100pkt. x kryt.*

*gdzie:*

*CN – najtańsza proponowana cena*

 *CO – cena oferty ocenianej*

Udzielający zamówienie zastosuje zaokrąglanie wyników do dwóch miejsc po przecinku.

**XI. Odrzuca się ofertę:**

1. złożoną przez Oferenta po terminie;

2. zawierającą nieprawdziwe informacje;

3. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;

4. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

5. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

6. jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;

7. jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienia;

8. złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

**XII.** **Uzupełnienie oferty:**

1. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

2. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do korekty oczywistych omyłek w treści złożonej oferty.

**XIII. Unieważnienie konkursu:**

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

1) nie wpłynęła żadna oferta;

2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;

3) odrzucono wszystkie oferty;

4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,

5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienie, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

**XIV. Środki odwoławcze:**

1. Oferent, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2019r., poz. 1373 z późn. zm.).

2. Środki odwoławcze nie przysługują na :

1) niedokonanie wyboru Oferenta,

2) unieważnienia postępowania konkursowego.

**XV. Warunki umowy:**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty.

2. Udzielający zamówienia podpisze umowę z Oferentem, wybranym w postępowaniu konkursowym w terminie do 14 dni od dnia wyboru oferty. Postanowienia umowy zawarto we wzorze umowy, który stanowi załącznik nr 3.

**XVI. Postanowienia końcowe:**

Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Udzielającego zamówienia w Dziale Spraw Pracowniczych.

**XVII. Załączniki:**

1. Formularz ofertowy (Załącznik nr 1),

2. Oświadczenie (Załącznik nr 2),

3. Wzór umowy (Załącznik nr 3)

DYREKTOR

SP ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

dr n. med. Monika Domarecka

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego.

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA**

Imię....................................................................................................................................

Nazwisko...........................................................................................................................

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..

PESEL...............................................................................................................................

Zawód................................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu.......................................................................................

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)...............................................................

…………………………………………………………………………………………...

Nr dokumentu specjalizacji...............................................................................................

Firma przedsiębiorcy: .......................................................................................................

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………..

NIP........................................................ REGON..............................................................

Adres do korespondencji ………………………………………………………………..

Numer telefonu: …………………………………………………………………………

**II. OFERTA CENOWA**

Proponuję następujące warunki wynagrodzenia tj.:

(proszę wpisać w odpowiednią pozycję)

**a)** ………. zł brutto za badanie - kompleksowy opis i interpretacja badań polisomnograficznych (diagnostyka, leczenie CPAP, leczenie bilevel-PAP) w kontekście diagnostyki zespołów zaburzeń wentylacji w czasie snu oraz przygotowanie karty informacyjnej dla pacjenta z ww. badań polisomnograficznych

**b)** …… zł brutto za punkt poradniany - kwalifikacja pacjentów do badania polisomnograficznego na podstawie oceny ryzyka bezdechu sennego; wdrożenie leczenia pacjentów z obturacyjnymi zaburzeniami oddychania w czasie snu aparatem CPAP, w tym dobór maski i ciśnienia leczniczego na podstawie leczniczej polisomnografii z aparatem PAP; wdrożenie leczenia pacjentów z zespołami hipowentylacji, izolowanymi i w skojarzeniu z obturacyjnym bezdechem sennym, przy użyciu nieinwazyjnejwentylacji – bilevel PAP

**c)** ……… zł brutto za badanie - ocena badań czynnościowych płuc (bodypletyzmografia, pojemność dyfuzyjna płuc) oraz wykonania w/w badań zgodnie z obowiązującymi normami ATS;

**d)** ……. zł brutto za poradę w zakresie chorób wewnętrznych i płuc (dla pacjentów bez ważnego skierowania)

**e)** ……. zł brutto za poradę – wizytę kontrolną lub przedłużenie leczenia w zakresie chorób wewnętrznych i płuc (dla pacjentów bez ważnego skierowania);

**f)** ……….. zł brutto za opis i omówienie przesiewowego badania diagnostycznego wykonywanego w domu pacjenta;

**g)** za zlecone pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- ………. zł brutto za godzinę w dni powszednie,

- ……….. zł brutto za godzinę w dni wolne od pracy, niedziele i święta.

**h)** ………. zł brutto za opis badania domowej poligrafia III typu

**i)** ………… zł brutto za badanie z użyciem aparatu do domowej poligrafia III typu

**j)** ………. zł brutto za domowe nadzorowanie próby leczenia aparatem

**k)** ………. zł brutto za ocenę domowej pulsoksymetrii

**l)** …... zł brutto za badanie z użyciem aparatu do ozonowania aparatu CPAP z maską

**m)** ………. zł brutto za miesiąc monitorowania domowego leczenia CPAP

**n)** ……….. zł brutto za badanie z użyciem aparatu do domowej polisomnografii.

Data: ………………………….. ……………………………………………………

 (podpis oferenta)

Załącznik nr 2

**Oświadczenie**

Oświadczam, że jako oferent:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

2. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

3. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami – Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego 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 oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. 1000). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

4. Przedłożyłem następujące dokumenty:

a) Właściwe zaświadczenie z rejestru indywidualnych praktyk/indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,

b) Zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.

c) Dokumenty świadczące o kwalifikacjach zawodowych: prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej, dyplomy specjalizacyjne

d) Aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

e) Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

Data: ………………………….. ……………………………………………………

 (podpis oferenta)

Załącznik nr 3

**Umowa**

zawarta w Łodzi w dniu ………………….. pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, z siedzibą w Łodzi, ul. Pomorska 251, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000149790

reprezentowanym przez:

dr n. med. Monikę Domarecką– Dyrektor

zwanym w dalszej części umowy **„Udzielającym zamówienie”**

a

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

zwanym w dalszej części umowy **„Przyjmującym zamówienie”**

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie …………………………………………………, zgodnie z posiadanymi przez osoby wykonujące zamówienie kwalifikacjami.

2. Miejscem wykonywania świadczeń, o których mowa w ust. 1 jest Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy w dniach i godzinach uzgodnionych z osobą koordynującą. Osobą koordynującą pracę Przyjmującego zamówienie jest osoba wskazana przez Udzielającego zamówienie.

4. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek wykonywania procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**§ 2**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki medycznej i należytą starannością.

2. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje, status i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich kserokopie Przyjmujący zamówienie przedłoży Udzielającemu zamówienie.

**§ 3**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1) posiada aktualny wpis do właściwego rejestru,

2) legitymuje się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w § 1;

3) zna prawa pacjenta,

4) nie był karany za wykroczenia zawodowe.

**§ 4**

Udzielający zamówienie zobowiązuje się wobec Przyjmującego zamówienie do nieodpłatnego:

1. udostępnienia sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego zamówienia,
2. zapewnienia odpowiedniej bazy analityczno-badawczej,
3. zapewnienia asysty pielęgniarek podczas wykonywania zabiegów oraz opiekę pielęgniarską nad pacjentami.

**§ 5**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1) znajomości i przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienie przepisów, w szczególności bhp i p-poż,

2) posiadania w trakcie trwania umowy aktualnych badań lekarskich,

3) uczestniczenia w prowadzeniu sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz prowadzenia dokładnej i systematycznej dokumentacji pacjentów, zgodnie ze standardem dokumentacji obowiązującym u udzielającego zamówienie oraz zgodnie z wymogami NFZ oraz przepisami o zasadach prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej,

4) przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym,

5) poddania się kontroli przeprowadzanej przez NFZ i osoby uprawnione przez Udzielającego zamówienia w zakresie określonym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1, liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, terminowych realizacji zaleceń pokontrolnych,

6) przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli prowadzonej przez uprawnionych przedstawicieli Udzielającego zamówienia i NFZ,

7) przestrzegania praw pacjenta,

8) niepobierania opłat od pacjentów udzielającego zamówienie z jakiegokolwiek tytułu,

9) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku z wykonywaniem niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

Tajemnica ta obowiązuje zarówno w czasie trwania umowy, jak i po jej zakończeniu – pod rygorem odpowiedzialności odszkodowawczej.

2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.

3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, ze zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i opłaca należne składki ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego.

**§ 6**

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i posiadania ważnej umowy ubezpieczenia przez cały okres trwania niniejszej umowy.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia Udzielającemu zamówienie aktualnej umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

3. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

**§ 7**

1. Przyjmujący zamówienie w czasie wykonywania obowiązków wynikających z realizacji umowy zobowiązany jest do nieprzerwanego pozostawania w miejscu wykonywania świadczenia.

2. Każda zmiana powodująca niemożność wykonania przedmiotu umowy musi zostać uzgodniona z osobą koordynującą nie później niż na 3 dni przed planowanym wykonaniem świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie.

**§ 8**

1. W sytuacji braku możliwości wykonania obowiązków wynikających z niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez wskazanie osoby trzeciej działającej w jego imieniu oraz posiadającej kwalifikacje niezbędne do wykonania przedmiotu umowy, po uprzednim uzgodnieniu z osobą koordynującą i Udzielającym zamówienie. Koszty zastępstwa ponosi Przyjmujący zamówienie.

2. Zlecenie przez Przyjmującego zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy osobom trzecim wymaga uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienie.

3. Przyjmujący zamówienie odpowiada za osoby trzecie, którym zlecił wykonanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy jak za własne czyny.

**§ 9**

Przyjmujący zamówienie otrzyma następujące wynagrodzenie:

…………………………………………………………………………

**§ 10**

1. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest rachunek/faktura potwierdzony, co do zgodności i ilości udzielenia świadczeń przez osobę koordynującą.

2. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Przyjmującego zamówienie w ciągu 14 dni od przedstawienia rachunku/faktury, o którym mowa w ust. 1.

**§ 11**

Umowa zostaje zawarta na czas określony od ………….. do ………………………..

**§ 12**

Umowa ulega rozwiązaniu:

1)z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;

2)wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 2 miesięcznego okresu wypowiedzenia;

3)wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy w szczególności:

a) utraty uprawnień przez Przyjmującego zamówienie niezbędnych do wykonywania przedmiotu umowy,

b) stwierdzenia nieprawidłowości i nierzetelności w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem umowy przez Udzielającego zamówienie lub Narodowy Fundusz Zdrowia.

c) nieprzedłożenia aktualnej umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 6 ust. 1 i 2 niniejszej umowy w Dziale Spraw Pracowniczych.

**§ 13**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem

nieważności.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową znajdują zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej i kodeksu cywilnego.

3. Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez

właściwy sąd powszechny.

4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia**