**Udzielający zamówienia:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**92-213 – Łódź, ul. Pomorska 251**

**REGON: 472147559**

**NIP: 728-22-46-128**

**tel.: 42 675-75-00**

**faks: 42 678-93-68**

[www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl)

## Postępowanie konkursowe

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie **psychiatrii.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 05.12.2019 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI

 KONKURSU OFERT (zwane dalej “SWKO”)

## Postępowanie konkursowe

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie psychiatrii.

Działając na podstawie art.26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) oraz przepisów art.140, art.141, art.146 ust.1, art.147, art.148 ust.1, art.149, art.150, art.151 ust.1,2,4-6, art.152, 153 i art.154 ust.1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510
z późn. zm.) Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251, jako Udzielający zamówienia przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

1. **OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU:**

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych CPV 85121270, CPV 85141000-9
w następujących zakresach:

1. **Świadczenia psychiatryczne na potrzeby Klinik Psychiatrycznych i Izby Przyjęć:**

Miejsce wykonywania świadczeń: Kliniki Psychiatryczne Szpitala.

Terminy wykonania świadczeń będą uzgadniane z z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa Psychiatrycznego.

Oferent musi posiadać tytuł specjalisty lub II stopień specjalizacji z zakresu psychiatrii.

## Zamawiający zapewni odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie oraz sprzęt medyczny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.

1. **Dyżury lekarskie na potrzeby Klinik Psychiatrycznych i Izby Przyjęć:**

Terminy wykonania świadczeń będą uzgadniane z z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa Psychiatrycznego.

Przez dyżur lekarski rozumie się pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń medycznych na terenie Klinik Psychiatrycznych Szpitala oraz udzielanie koniecznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

Czas trwania dyżurów:

– dyżur zwykły pełniony jest w dni powszednie (od poniedziałku do piątku) w godzinach
od 15.35 do 8.00 (dyżur 16 godz. 25 min.),

– dyżur świąteczny pełniony jest w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy
w godzinach od 8.00 do 8.00 (dyżur 24 godz.).

Obowiązki organizacyjne lekarza pełniącego dyżur lekarski określa Regulamin Dyżurów Lekarskich.

Oferent musi posiadać tytuł specjalisty lub II stopień specjalizacji z zakresu psychiatrii.

Zamawiający zapewni odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie oraz sprzęt medyczny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.

1. **Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz Zespół Leczenia Środowiskowego:**

Miejsce wykonywania świadczeń: Poradnia Zdrowia Psychicznego (Centrum Zdrowia Psychicznego) przy ul. Czechosłowackiej 8/10 oraz wizyty wyjazdowe – domowe.

Terminy wykonania świadczeń będą uzgadniane z z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa Psychiatrycznego.

Maksymalna cena, jaką Zamawiający może przeznaczyć na przedmiot konkursu wynosi:

* 5,10 zł brutto za 1 punkt rozliczeniowy świadczeń udzielanych w Poradni;
* 6,63 zł brutto za 1 punkt rozliczeniowy świadczeń udzielanych w ramach leczenia środowiskowego (wizyty wyjazdowe).

Oferent musi posiadać tytuł specjalisty lub II stopień specjalizacji z zakresu psychiatrii bądź powinien być w trakcie specjalizacji – po ukończeniu co najmniej pierwszego roku z psychiatrii lub z psychiatrii dzieci i młodzieży.

Udzielający zamówienia zapewni odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie oraz sprzęt medyczny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.

## Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych na poszczególne pozycje w pakiecie.

**II. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

Do konkursu mogą przystąpić Oferenci, którzy:

* wykonują działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej
(t.j. Dz.U. z 2018 poz. 2190 z późn. zm. ), z zastrzeżeniem, że wykonują zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej,
* posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w oferowanym zakresie.
1. Każdy Oferent może przedłożyć w niniejszym postępowaniu tylko jedną ofertę w każdym z dwóch zakresów zamówienia (jeden komplet dokumentów, składający się na ofertę, zgodnie z załączonym wzorem oferty wraz z wymaganymi załącznikami).
2. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim.
3. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
4. Wszystkie dokumenty oferty dla swojej ważności winny być podpisane, a kopie dokumentów potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
5. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane przez Oferenta.
6. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
7. W przypadku braku jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub gdy oferta zawiera braki formalne komisja wzywa do uzupełnienia dokumentów lub usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

**III. TERMIN WYKONANIA UMOWY:**

Umowa z wybranymi Oferentami zostanie zawarta na okres 3 lat.

Projekt umowy stanowi załącznik nr 4.

**IV. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W KONKURSIE ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIENIA TYCH WARUNKÓW**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, którzy:

* + - 1. Zapoznają się i zaakceptują wszystkie wymagania SWKO;
			2. Przedłożą wszystkie dokumenty wymagane postanowieniami SWKO;
			3. Zaproponują najkorzystniejszą cenę, w której zawierać się będą wszystkie koszty, jakie Oferent musi ponieść, aby wykonać przedmiot zamówienia (zgodny z opisem SWKO).

Ocena spełnienia wymagań zostanie przeprowadzona na podstawie złożonych przez Oferenta dokumentów przy zastosowaniu formuły spełnia/nie spełnia. Oferty niespełniające wymagań zostaną odrzucone.

V. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ OFERENCI W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oferta winna zawierać:

1. Dane o Oferencie – nazwa firmy, nr PESEL, adres, telefon/fax., nr rachunku bankowego
– Załącznik nr 1;
2. Oświadczenie Oferenta – Załącznik nr 2;
3. Wypełnioną i podpisaną ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
4. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
5. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5;
6. Kopię aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;
7. Kopię nadania NIP, REGON;
8. Kopię ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie
z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia
29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019.866);
9. Kopię dyplomu ukończenia wyższej szkoły medycznej;
10. Kopię prawa wykonywania zawodu lekarza;
11. Kopię dyplomu uzyskania tytułu specjalisty lub II stopnia specjalizacji z zakresu psychiatrii lub oświadczenie podpisane przez kierownika szkolenia specjalizacyjnego o odbywaniu specjalizacji (zgodnie z pkt I „Opis przedmiotu konkursu”);
12. Kopię dyplomu uzyskania stopnia/tytułu naukowego oraz kopie innych dokumentów potwierdzających nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania;
13. Kopię wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską lub zaświadczenie, że Oferent dostarczy w/w dokument w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu;
14. Kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy;
15. Ewentualne pełnomocnictwo osób podpisujących ofertę w imieniu Oferenta udzielone przez Oferenta.

**VI. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ**

Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty osobiście lub na piśmie.

Osoby uprawnione do kontaktów z Oferentami:

w sprawach merytorycznych – dr n. med. Małgorzata Zabrocka - tel. 42 675 73 29,

w sprawach proceduralnych – mgr Dorota Bonowicz - Kwiatkowska – tel. 42 675 75 88.

Informacji dotyczących konkursu udziela się w godz. 10.00 - 14.00.

**VII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**VIII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

Ofertę należy złożyćw zamkniętej kopercie oznaczonej:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie psychiatrii.**

**Nie otwierać przed 13.12.2019 r. do godz.10.30.”**

w sekretariacie Szpitala - pok. 216/w kancelarii Szpitala (parter, budynek A-3) w Łodzi przy
ul. Pomorskiej 251.

1. **Termin składania ofert upływa dnia 13.12.2019 r. o godz. 10.00.**

3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 13.12.2019 r. o godz. 10.30** w pok. 367 Szpitala (parter, budynek A-3), w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.

* + - 1. Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów
			nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.
			2. Oferty złożone (nadane, jako przesyłka pocztowa) po wyznaczonym terminie zostaną odrzucone bez otwierania. W przypadku ofert wysłanych drogą pocztową/kurierem decyduje data i godzina wpłynięcia do siedziby Zamawiającego.
			3. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę
			i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.
			4. Wyniki konkursu zostaną zamieszczone na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl) i na tablicy ogłoszeń
			w siedzibie Zamawiającego.
			5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

**IX. KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY**

1. Oceniane będą tylko te oferty, które spełniają w całości wymagania SWKO.

2. Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. **Cena -** **100 %**.

3. Oferty przekraczające maksymalną stawkę w każdym z zakresów nie będą rozpatrywane.

**X. OPIS SPOSOBU ZAWARCIA UMOWY**

Zawarcie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne następuje na podstawie wyniku konkursu ofert.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty, stosownie
do potrzeb Szpitala.

**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. UNIEWAŻNIENIE KONKURSU**

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
2. nie wpłynęła żadna oferta,
3. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2,
4. odrzucono wszystkie oferty,
5. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
6. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienie, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
7. 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.

### XIII. USTALENIA KOŃCOWE

* + - 1. Konkurs ofert będzie ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta.
			2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie związania ofertą.
		1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 152
		i 153 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
		ze środków publicznych Oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo
		do złożenia do Komisji konkursowej protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.

4. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 152
i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych Oferentowi przysługuje prawo do złożenia do Zamawiającego odwołania
w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

**XIV. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:**

1. Dane o Oferencie – nazwa firmy, nr PESEL, adres, telefon/fax., nr rachunku bankowego
– Załącznik nr 1;
2. Oświadczenie Oferenta - Załącznik nr 2;
3. Wypełniona i podpisana oferta cenowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
4. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
5. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5.

**Załącznik nr 1**

**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii.**

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL:**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**NIP, REGON**

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

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

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

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

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

…….............................................. ……………………………………………

 / data / /pieczątka i podpis Oferenta/

**Załącznik nr 2**

………………………………………………………………………………….

Pełna nazwa Oferenta/Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

…….................... dnia ……...................

 **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**ul. Pomorska 251**

**92-213 – Łódź**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się
do jej podpisania na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że pozostanę związany z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym
i prawnym.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. 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).
8. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

 ………………………………………………

 /data, pieczątka i podpis Oferenta/

**Załącznik nr 3**

**OFERTA CENOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z poniższą kalkulacją cenową:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj świadczenia** | Proponowana cena brutto (PLN) |
| Świadczenia psychiatryczne na potrzeby Klinik Psychiatrycznych i Izby Przyjęć | Stawka za 1 godzinę  |
|  |
| Dyżury lekarskie na potrzeby Klinik Psychiatrycznych i Izby Przyjęć | Stawka za 1 godzinę |
|  |
|  |
| Poradnia Zdrowia Psychicznego  | Stawka z 1 punkt rozliczeniowy |
|  |
| Zespół Leczenia Środowiskowego (wizyty wyjazdowe) | Stawka z 1 punkt rozliczeniowy |
|  |

……..................................... ……………………………………………

 / data / /pieczątka i podpis Oferenta/

**Załącznik nr 4**

##### UMOWA NR .......

zawarta w dniu ……………………….. r.

pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,** ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź, NIP 728-22-46-128,
REGON 472147559, KRS 0000149790,

reprezentowanym przez:

* + dr n. med. Monikę Domarecką - Dyrektora Szpitala

zwanym dalej **„Udzielającym zamówienia”,**

a

**……………………………………………………………………………………………………………………………………**

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie”**

wybranym w **trybie postępowania konkursowego** w oparciu o ustawę z dnia 15 kwietnia
2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 poz. 2190 z późn. zm.), o następującej treści:

 **1.**

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach **psychiatrii**.

 **2.**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada dokumenty potwierdzające wykształcenie
i uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w 1. Ponadto zobowiązuje się do okazania oryginałów w/w dokumentów na żądanie Udzielającego zamówienia.

 **3.**

1. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia w terminach uzgadnianych z Udzielającym zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie współpracuje z całym personelem Udzielającego zamówienia udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów leczonych przez Udzielającego zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za udostępnioną mu aparaturę medyczną i sprzęt znajdujący się na wyposażeniu Udzielającego zamówienia w zakresie, w jakim wykorzystanie tego sprzętu wiąże się ze świadczonymi przez Przyjmującego zamówienie usługami. W razie zawinionego ich uszkodzenia, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do naprawienia wyrządzonej szkody.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że będzie korzystać z pomieszczeń i urządzeń Udzielającego zamówienia wyłącznie w celu udzielania świadczeń, będących przedmiotem niniejszej umowy.
5. Po uzyskaniu zgody Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie może zlecić innemu podmiotowi udzielanie świadczeń zdrowotnych i związanych z tym obowiązków, określonych w niniejszej umowie.
6. Podmiotem tym może być tylko podmiot posiadający kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2 niniejszej umowy.
7. Przyjmujący zamówienie odpowiada za czyny innego podmiotu, któremu zlecił świadczenie usług, jak
za czyny własne.
8. Koszty zlecenia usługi innemu podmiotowi ponosi Przyjmujący zamówienie.

 **4.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. wykonania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami wiedzy medycznej przy zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowania praw pacjenta do zachowania w tajemnicy spraw związanych ze świadczeniami objętymi niniejszą umową, a także z ustawą o ochronie danych osobowych;
2. udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
3. prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach obowiązujących w Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej i zgodnie z wymogami NFZ;
4. zapewnienia Udzielającemu zamówienia dostępu do dokumentacji medycznej osób badanych.

 **5.**

1. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, chyba że szkoda jest wyrządzona przez Przyjmującego zamówienie umyślnie, bądź jest wynikiem zaniedbania obowiązków wynikających z przedmiotu niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania przez cały czas trwania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie
z Ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.

3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie rozwiązaniu w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedstawić Udzielającemu zamówienia nową polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub inny dowód zawarcia takiego ubezpieczenia, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

 **6.**

1. Za wykonane świadczenia Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie
obliczone wg. formularza cenowego.
2. Strony ustalają, że rachunki za wykonane świadczenia będą wystawiane co miesiąc, do 10 dnia następnego miesiąca kalendarzowego.
3. Wynagrodzenie płatne będzie miesięcznie przelewem na rachunek wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie 14 dni, od daty złożenia rachunku do księgowości Udzielającego zamówienia oraz złożenia sprawozdania z wykonania umowy.
4. Wystawione przez Przyjmującego zamówienie sprawozdanie z wykonywanych w ramach umowy czynności muszą zostać zatwierdzone przez z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa Psychiatrycznego lub osobę upoważnioną.
5. Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

 **7.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. przestrzegania przepisów obowiązujących u Udzielającego zamówienia, w szczególności przepisów BHP i przeciwpożarowych oraz regulaminów wewnętrznych, zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych,
2. posiadania aktualnych badań lekarskich,
3. przestrzegania praw pacjenta,
4. przetwarzania danych dotyczących osób uprawnionych do korzystania z badań, w szczególności dotyczących ich stanu zdrowia w sposób określony w Rozporządzeniu 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),
5. zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku z wykonywaniem niniejszej
 umowy.

 **8.**

1. Przyjmujący zamówienie uznaje prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z dyrektorem oddziału Funduszu.
2. Kontrola, o której mowa w ust. 1, może być wykonana również przez Dyrektora Szpitala lub osobę upoważnioną na podstawie obowiązujących przepisów.
3. W przypadku ewentualnego negatywnego wyniku kontroli przeprowadzonej przez NFZ i skutecznie zakwestionowanych świadczeń wykonanych przez Przyjmującego zamówienie, niezgodnie ze szczegółowymi warunkami danego zakresu usług medycznych NFZ, koszty nałożonych kar ponosi Przyjmujący zamówienie.

 **9.**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od ……………….. do ……………….
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron za pisemnym jednomiesięcznym wypowiedzeniem bez podania przyczyny.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie:
4. utracił prawo wykonywania zawodu, albo prawo do wykonywania zawodu zostanie zawieszone lub utraci zdolność do wykonywania obowiązków,
5. nie udokumentował po upływie okresu trwania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obowiązującej w dniu zawarcia umowy, faktu zawarcia nowej umowy ubezpieczenia – w terminie określonym § 5 ust. 3,
6. udzielając świadczeń zdrowotnych w sposób zawiniony lub na skutek rażącego niedbalstwa naraził pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia,
7. popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.
8. Umowa wygasa w przypadku, gdy zajdą okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności,
i których nie można było przewidzieć przy zawarciu umowy, a w szczególności:
9. likwidacji Udzielającego zamówienia,
10. wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ na świadczenia objęte niniejszą umową.

 **10.**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znana jest mu treść zapisu art. 132 ust. 3 ustawy z dnia
27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(t.j. Dz. U. z 2018 poz. 1510 z późn. zm.) i nie ma zawartej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

 **11.**

Prawa i obowiązki Przyjmującego zamówienie wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przenoszone
na osoby trzecie bez zgody Udzielającego zamówienia.

 **12.**

Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej
za zgodą obu Stron.

 **13.**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy
o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty.

 **14.**

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej
ze Stron.

**Udzielający zamówienia: Przyjmujący zamówienie:**

**Załącznik nr 5**

…………………………………………………………………………………

Pełna nazwa Oferenta/Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

…….................... dnia ……...................

 **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**ul. Pomorska 251**

**92-213 – Łódź**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**(podatek VAT)**

* + - 1. **Pan/Pani** …………………………………………………………………………………………………………………….

oświadczam, że **JESTEM/NIE JESTEM\* czynnym podatnikiem VAT.**

* + - 1. W przypadku zmiany statusu na podatnika czynnego VAT, zobowiązuję się
			w przeciągu 14 dni od zmiany, do poinformowania o tym fakcie pracownika Działu Księgowości
			(pokój nr 217/218/219 w budynku Instytutu Stomatologii) Centralnego Szpitala Klinicznego UM
			w Łodzi oraz zobowiązuję się do podania numeru konta zgłoszonego do Urzędu Skarbowego.

*(\*niepotrzebne skreślić)*

 ..………………………………………….

 /data, pieczątka i podpis Oferenta/