**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**

**Telefon 42 675-75-00**

**faks 42 679-17-80**

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

## Postępowanie konkursowe

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

**w Izbie Przyjęć**

Centrum Kliniczno – Dydaktycznego.

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 12.11.2020 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI

KONKURSU OFERT (zwane dalej “SWKO”)

Działając na podstawie art.26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej   
(tj.2020.295), 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 (tj. Dz.U. 2020 poz. 1398 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**
   * + 1. Przedmiotem konkursu jest wykonywanie usług lekarskich z zakresu świadczeń udzielanych   
          w **Izbie Przyjęć** **w** **Centrum Kliniczno – Dydaktycznym** Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251 (85111000-0 usługi szpitalne) w:

* godzinach normalnej ordynacji lekarskiej (godz. 8.00-15.35),
* dodatkowych godzinach w trybie dyżurowym.

Przez dyżur lekarski rozumie się pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń medycznych na terenie Izby Przyjęć 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.).

Terminy wykonania świadczeń będą uzgadniane z kierownikiem Izby Przyjęć/p.o. kierownika Izby Przyjęć.

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

* + - 1. Przyjmujący Zamówienie będzie w szczególności zobowiązany do:

1. wykonywania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (usług lekarskich) w Izbie Przyjęć Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
2. wykonywania niezbędnych badań diagnostycznych,
3. całodobowej opieki medycznej,
4. monitorowania procesów leczenia,
5. podejmowania i wykonywania medycznych czynności ratunkowych u każdej osoby znajdującej się w stanie zagrożenia zdrowotnego, zgodnie z obowiązującymi standardami medycznego postępowania w stanach zagrożenia życia,
6. przestrzegania zasad postępowania lekarskiego w stanach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta,
7. właściwej kwalifikacji chorych do klinik/oddziałów Udzielającego zamówienia.

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

Wskazane doświadczenie w pracy w Izbie Przyjęć lub w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

**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 (tj.2020.295), 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.
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 SWKO.

**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. Kopie nadania: NIP, REGON;
8. Kopię aktualnego 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 – w przypadku jego posiadania lub oświadczenie podpisane przez Kierownika szkolenia specjalizacyjnego o odbywaniu specjalizacji – jeśli dotyczy;
12. Kopię dyplomu uzyskania stopnia/tytułu naukowego oraz kopie innych dokumentów potwierdzających nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania;
13. Oświadczenie potwierdzające pracę w Izbie Przyjęć lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, podpisane przez kierownika Izby/Oddziału/p.o. kierownika Izby Przyjęć/Oddziału – jeśli dotyczy;
14. Kopię wpisu do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską;
15. Kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy;
16. Kopię dokumentu potwierdzającego odbycie szkolenia BHP.

**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 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 Izbie Przyjęć.**

**Nie otwierać przed 20.11.2020 r. do godz.10.30.”**

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

ul. Pomorskiej 251.

**UWAGA:**

**W ZWIĄZKU Z SYTUACJĄ EPIDEMIOLOGICZNĄ, OFERTĘ PROSIMY ZŁOŻYĆ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ NA ADRES MAILOWY:** [d.kwiatkowska@csk.umed.pl](mailto:d.kwiatkowska@csk.umed.pl)

**Oferta, stanowiąca załącznik do e-maila powinna być zaszyfrowana bezpiecznym hasłem, składającym się z co najmniej z 8 znaków zawierającym litery małe, wielkie, cyfry i znaki specjalne.**

**Hasło należy przesłać w kolejnym e-mailu.**

1. **Termin składania ofert upływa dnia 20.11.2020 r. o godz. 10.00.**

3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 20.11.2020 r. o godz. 10.30** w pok. 367 Szpitala   
(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 zwrócone 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. Stawki za poszczególne rodzaje świadczeń podane są w pkt I SWKO.

4. Oferty przekraczające maksymalną stawkę 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, numer PESEL, adres, telefon/fax., adres e-mail, 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 Izbie Przyjęć.**

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL:**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**NIP, REGON**

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

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

**E-MAIL**

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

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj świadczenia** | Proponowana cena brutto (PLN) |
| Usługi lekarskie na potrzeby Izby Przyjęć CKD (godziny normalnej ordynacji lekarskiej) | Stawka za 1 godzinę |
|  |
| Dyżury lekarskie na potrzeby Izby Przyjęć CKD | Stawka za 1 godzinę |
|  |

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

/ 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 (tj.2020.295), o następującej treści:

**1.**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych **w Izbie Przyjęć** Centrum Kliniczno – Dydaktycznego UM w Łodzi w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej (godz. 8.00-15.35), a także w dodatkowych godzinach w trybie dyżurowym (w zależności od złożonej oferty).

Czas trwania dyżurów w Klinice :

* 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.).

1. Usługi lekarskie, o których mowa w 1 obejmują w szczególności:
2. wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (usług lekarskich) w Izbie Przyjęć Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
3. wykonywanie niezbędnych badań diagnostycznych,
4. całodobową opiekę medyczną,
5. monitorowanie procesów leczenia,
6. podejmowanie i wykonywanie medycznych czynności ratunkowych u każdej osoby znajdującej się w stanie zagrożenia zdrowotnego, zgodnie z obowiązującymi standardami medycznego postępowania w stanach zagrożenia życia,
7. przestrzeganie zasad postępowania lekarskiego w stanach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta,
8. właściwą kwalifikację chorych do klinik/oddziałów Udzielającego zamówienia.
9. Usługi lekarskie będą pełnione na podstawie rozkładu dyżurów ustalonego w formie grafiku dyżurów na każdy kolejny miesiąc.
10. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do znajomości i przestrzegania standardów i procedur udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Udzielającego zamówienia.

**2.**

1. Przyjmujący zamówienie w czasie pełnienia obowiązków wynikających z niniejszej umowy wykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów Udzielającego zamówienia, polegające w szczególności na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami Udzielającego zamówienia w komórkach organizacyjnych, w których udziela świadczeń zdrowotnych.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie   
   z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki medycznej i należytą starannością.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w 1. Ponadto zobowiązuje się do okazania oryginałów w/w dokumentów na żądanie Udzielającego zamówienia.

**3.**

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się wobec Przyjmującego zamówienie do nieodpłatnego:

a) udostępnienia sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego zamówienia,

b) zapewnienia odpowiedniej bazy analityczno-badawczej,

c) zapewnienia asysty pielęgniarek i ratowników medycznych podczas wykonywania zabiegów oraz opiekę pielęgniarską nad pacjentami.

2. 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.

3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że będzie korzystać z pomieszczeń i urządzeń Udzielającego zamówienia wyłącznie w celu udzielania świadczeń, będących przedmiotem niniejszej umowy.

4. Przyjmujący zamówienie będzie współpracować z lekarzami oraz innym personelem medycznym Udzielającego zamówienia.

**4.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

* 1. znajomości i przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów, w szczególności bhp i p-poż,
  2. posiadania w trakcie trwania umowy aktualnych badań lekarskich,
  3. prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach obowiązujących w Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej i zgodnie z wymogami NFZ,
  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. 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),
  8. zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.

**5.**

1. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, chyba że szkoda wyrządzona jest przez Przyjmującego zamówienie umyślnie, bądź jest wynikiem zaniedbania obowiązków 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. Przyjmujący zamówienie w czasie wykonywania obowiązków wynikających z realizacji umowy zobowiązany jest do nieprzerwanego pozostawania w miejscu wykonywania świadczenia w godzinach ustalonych zgodnie z zatwierdzonym grafikiem.

2. Każda zmiana powodująca niemożność wykonania przedmiotu umowy, w terminie zgodnym   
z zatwierdzonym grafikiem musi zostać uzgodniona z Udzielającym zamówienia.

3. 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 Udzielającym zamówienia. Koszty zastępstwa ponosi Przyjmujący zamówienie.

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

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

**7.**

1. Za wykonane świadczenia Udzielający zamówienia zapłaci wynagrodzenie w wysokości   
   .........................., zgodnie ze złożoną ofertą konkursową.
2. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest rachunek potwierdzony, co do zgodności i prawidłowości udzielenia świadczeń przez z-cę Dyrektora ds. Medyczno – Organizacyjnych CKD lub osobę upoważnioną.
3. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Przyjmującego zamówienie w ciągu 14 dni od przedstawienia rachunku, o którym mowa w ust. 2.
4. Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

**8.**

* + - 1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od ………………………………………..
      2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron za pisemnym jednomiesięcznym wypowiedzeniem bez podania przyczyny.

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie:

a) utracił prawo wykonywania zawodu, albo prawo do wykonywania zawodu zostanie zawieszone lub utraci zdolność do wykonywania obowiązków,

b) 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,

c) udzielając świadczeń zdrowotnych w sposób zawiniony lub na skutek rażącego niedbalstwa naraził pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia.

1. 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:
2. likwidacji Udzielającego zamówienia,
3. wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ na świadczenia objęte niniejszą umową.

**9.**

W dniu zakończenia udzielania świadczenia Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zwrotu kart dostępu do pomieszczeń w systemie BMS oraz kluczy do szafek. Niedopełnienie tego obowiązku skutkować będzie koniecznością pobrania od Przyjmującego zamówienie kwoty w wysokości 100 zł na pokrycie kosztów związanych z wyrobieniem nowych kart i kluczy.

**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   
(tj. Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) i nie ma zawartej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**11.**

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

**12.**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności leczniczej, Ustawy o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty.

2. Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez właściwy sąd powszechny.

**13.**

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

**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/