**Zamawiający:**

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

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,**

**ul. Pomorska 251**

**92-213 - Łódź**

**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 z zakresu wykonywania prac protetycznych.

 Zatwierdził Dyrektor:

**Łódź, 03.12.2020 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**

Przedmiotem konkursu jest wykonanie prac protetycznych: CPV 85111600-6

Maksymalne wynagrodzenie procentowe jakie Zamawiający jest w stanie zapłacić w zależności od obrotu wynosi 65%.

Wykonanie prac odbywać się będzie na sprzęcie będącym własnością Zamawiającego.

Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał powierzone prace z wykorzystaniem własnych materiałów.

Terminy wykonywania prac wyznaczone są przez Koordynatora na wniosek lekarza zlecającego prace protetyczne po zasięgnięciu opinii Przyjmującego zamówienie.

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

1. Do konkursu mogą przystąpić Oferenci, którzy:
* wykonują działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej,
* posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w oferowanym zakresie.
1. Każdy Oferent może przedłożyć w niniejszym postępowaniu tylko jedną ofertę (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 osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
5. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie 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 wybranym oferentem zostanie zawarta na okres 3 lat.

**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. Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru;
7. Kopia nadania NIP, REGON;
8. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
9. Kopia świadectwa/dyplomu ukończenia szkoły;
10. Kopia dyplomu uprawniającego do wykonywania prac;
11. Kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy;
12. 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 Kwiatkowska 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**

1. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie oznaczonej:

„**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń protetycznych
Nie otwierać przed 11.12.2020 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

**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 11.12.2020 r. o godz. 10.00.**
2. **Otwarcie ofert nastąpi dnia 11.12.2020.r. o godz. 10.30.** w pok. 367 Szpitala
(budynek A-3), w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.
3. Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.
4. 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.
5. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę
i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.
	* + 1. Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.
			2. Wyniki konkursu zostaną zamieszczone na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl) i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.
			3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

**IX. KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY**

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

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

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.

**XV. KLAUZULA INFROMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) informujemy że:

1. Administratorem danych osobowych jest SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego: inspektor.odo@csk.umed.lodz.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:
	1. przeprowadzenia konkursu ofert - na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia
	2011 r. o działalności leczniczej, w zw. z art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia
	o ochronie danych;
	2. w innych celach na podstawie wyrażonej zgody - art. 6 ust 1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym u administratora do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,.
5. W oparciu o dane osobowe nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały również profilowaniu.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji procesu konkursowego, a w wypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych przez okres nie dłuższy niż do czasu odwołania wyrażonej zgody.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora, przy czym prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest niezbędne w celu uczestnictwa w procesie konkursowym natomiast w pozostałych celach jest dobrowolne jednak ich nie podanie może skutkować brakiem możliwości realizacji celu, na który wyrażono zgodę.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - w granicach określonych w przepisach prawa.

Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

**Załącznik nr 1**

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu prac protetycznych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi.

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL:**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**NIP, REGON**

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

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

**E-MAIL**

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

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

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

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

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

 / data / / podpis Wykonawcy /

**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.

 ……………………………………………

 / podpis Wykonawcy /

**Załącznik nr 3**

**OFERTA CENOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z kalkulacją cenową przedstawioną poniżej**:

Wynagrodzenie za wykonywane usługi – uzupełnienia protetyczne ustala się w wysokości **………%** obowiązującego cennika.

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

 / data / / podpis Wykonawcy /

**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**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania prac protetycznych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi, ul. Pomorska 251.

**§ 2**

1. Terminy wykonywania prac o których mowa w § 1 wyznaczone są przez Koordynatora na wniosek lekarza zlecającego prace protetyczne, po zasięgnięciu opinii Przyjmującego zamówienie.
2. Wynagrodzenie za wykonywane usługi – uzupełnienia protetyczne ustala się w wysokości
 **……… %** obowiązującego cennika, który stanowi załącznik nr 1 do umowy.
3. W przypadku niewypracowania przez kolejne dwa miesiące przez Przyjmującego zamówienie kwoty 5 000 zł/obrót/umowa ulega rozwiązaniu z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia na koniec miesiąca.

**§ 3**

Udzielający zamówienia dokonuje potrącenia z wynagrodzenia o którym mowa w § 2:

* za nieterminowe wykonanie pracy – 20 %
* za złą jakość wykonanej pracy – 20 %

na podstawie wniosku wystawionego przez lekarza a ocenionego przez Koordynatora, złożonego do Działu Księgowości.

**§ 4**

1. Wykonanie prac o których mowa w § 1 odbywać się będzie na sprzęcie będącym własnością Udzielającego zamówienia.
2. Prace o których mowa w §1 Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał z wykorzystaniem własnych materiałów.
3. Jeżeli nastąpi uszkodzenie sprzętu na którym wykonywane są prace będące przedmiotem niniejszej Umowy z winy Przyjmującego zamówienie, naprawa sprzętu lub jego wymiana na nowy następuje na koszt Przyjmującego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie przejmuje na siebie wszelkie prawa i obowiązki związane z wykonaniem pracy u pacjenta, określone na zasadach gwarancji:

- na jeden rok (12 miesięcy) dla prac ruchomych (protezy akrylowe, protezy szkieletowe) oraz 24 miesiące dla prac stałych (wkłady koronowo - korzeniowe, korony, mosty), uzupełnienie na tlenku cyrkonu- gwarancja – 5 lat.

1. W okresie gwarancyjnym zarówno Przyjmujący zamówienie nie pobiera wynagrodzenia za wykonaną powtórnie pracę i nie rości sobie praw do wzajemnego odszkodowania

**§ 5**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

1. Udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie i na warunkach określonych przez NFZ w warunkach ogólnych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach obowiązujących w Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej i zgodnie z wymogami NFZ,
3. Zapewnienia dostępu do dokumentacji medycznej pacjentów,
4. Przestrzegania praw pacjenta,
5. Poddania się kontroli Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowości wykonania usługi.
6. Uznania prawa NFZ 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 zamówienie z dyrektorem oddziału Funduszu, a w przypadku ewentualnego negatywnego wyniku kontroli poniesienia kosztów nałożonych kar.
7. Ochrony i przetwarzania danych osobowych do których będzie miał dostęp lub które zostaną mu przekazane według przepisów zawartych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019.1781 t.j. z dnia 19 września 2019 roku ze zmianami).
8. Nie udostępniania danych osobowych poza przypadkami, które są jasno przewidziane umową lub wynikają z przepisów prawa.
9. Uzyskania od Udzielającego zamówienia upoważnienia do przetwarzania danych osobowych
w zakresie niezbędnym do realizacji niniejszej umowy, wynikającego z uprawnień zawodowych Przyjmującego zamówienie przed przystąpieniem do wykonywania obowiązków wynikających
z niniejszej umowy.
10. Zapoznania się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, a także obowiązującymi u Udzielającego zamówienie procedurami zapewniającymi ochronę
i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.
11. Zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapozna się w trakcie wykonywania niniejszej umowy oraz sposobów ich zabezpieczenia, zarówno w okresie trwania niniejszej umowy jak również po jej ustaniu.

**§ 6**

1. Czas przebywania na terenie Udzielającego zamówienie przez Przyjmującego zamówienie powinien być uzgodniony z Koordynatorem.
2. Wszystkie prace wykonywane przez Przyjmującego zamówienie zlecone przez lekarzy Instytutu Stomatologii będą ewidencjonowane w systemie, a ich wykonanie potwierdzane przez Koordynatora.

**§ 7**

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.

**§ 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.
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 § 7 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.

**§ 9**

W przypadku ujawnienia usług niezgłoszonych do ewidencji umowa zostaje rozwiązana w trybie natychmiastowym.

**§ 10**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 11**

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

##### Przyjmujący Zamówienie Udzielający zamówienia

**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/