**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych   
w zakresie położnictwa i ginekologii

Łódź, dnia 07.04.2022 r.

**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 2022 r., poz. 633 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

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

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnychw zakresie położnictwa i ginekologii.

Umowa zostanie zawarta od 01.05.2022 r. do 30.04.2025 r.

Miejsce wykonywania świadczeń:

**Uniwersyteckie Centrum Ginekologiczno-Położnicze im. Dr L. Rydygiera  
 w Łodzi**

**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 2022 r., poz. 633 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:
   1. formularz ofertowy (Załącznik nr 1),
   2. oświadczenie (Załącznik nr 2),
   3. deklaracja pracy oferenta (Załącznik nr 4)
   4. oświadczenie Oferenta dotyczące podatku VAT (Załącznik nr 5),
   5. właściwe zaświadczenie z rejestru indywidualnych praktyk /indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, jeśli dotyczy,
   6. zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
   7. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe m.in. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne albo oświadczenie podpisane przez kierownika szkolenia specjalizacyjnego   
      o odbywaniu specjalizacji,
   8. aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
   9. kopię dokumentu potwierdzającego odbycie szkolenia BHP,
   10. kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy.
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 zakresie położnictwa i ginekologii.**

**Nie otwierać przed dniem 15.04.2022 r. godz. 1130”**

1. 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 sekretariacie Szpitala - pok. 216/w kancelarii Szpitala (parter, budynek A-3) w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251 do dnia 15.04.2022 r. do godziny 1100.
2. Oferta przesłana Pocztą Polską lub pocztą kurierską będzie traktowana jako złożona w terminie jeżeli zostanie dostarczona do SPZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi do dnia 15.04.2022 r. do godz. 1100.
3. W przypadku przesłania oferty pocztą decyduje data jej wpływu do SPZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a nie data stempla pocztowego.
4. Oferent jest związany ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 15.04.2022 r. o godzinie 1130 w pok. 405d Szpitala, w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.
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.
8. Wyniki konkursu zostaną zamieszczone na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl) i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.

**IX. Kryteria oceny ofert:**

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

1. Udzielający zamówienia wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. Kryterium - 100 % cena.

**X. Odrzuca się ofertę:**

* + - 1. złożoną przez Oferenta po terminie;

1. zawierającą nieprawdziwe informacje;
2. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
3. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
4. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
5. jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;
6. jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych   
   w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane   
   od Przyjmującego zamówienie;
7. złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa   
   o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

**XI.** **Uzupełnienie oferty:**

* + - 1. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Udzielający zamówienia wzywa oferenta   
         do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
      2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do korekty oczywistych omyłek w treści złożonej oferty.

**XII. 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 zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
  2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Udzielający zamówienia może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

**XIII. 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 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.).
2. Środki odwoławcze nie przysługują na :
   * + 1. niedokonanie wyboru Oferenta,
       2. unieważnienia postępowania konkursowego.

**XIV. 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.

**XV. Klauzula informacyjna:**

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.

**XVI. Postanowienia końcowe:**

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

**XVII. Załączniki:**

1. Formularz ofertowy (Załącznik nr 1),
2. Oświadczenie (Załącznik nr 2),
3. Wzór umowy (Załącznik nr 3),
4. Deklaracja pracy oferenta (Załącznik nr 4)
5. Oświadczenie Oferenta dotyczące podatku VAT (Załącznik nr 5).

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 zakresie położnictwa i ginekologii.

**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.:

a) ………….. zł brutto za godzinę udzielania zleconych świadczeń zdrowotnych   
w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym,

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. 2019. 1781). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu   
   do treści moich danych oraz ich poprawienia.
4. Przedłożyłem następujące dokumenty:
   1. właściwe zaświadczenie z rejestru indywidualnych praktyk/indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
   2. zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
   3. dokumenty świadczące o kwalifikacjach zawodowych: prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej, dyplomy specjalizacyjne
   4. aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej zgodnie   
      z obowiązującymi przepisami prawa.
   5. 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 zamówienia”**

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 osobę wykonującą zamówienie kwalifikacjami.
2. Miejscem wykonywania świadczeń, o których mowa w ust. 1 jest ………………………………………………………………………. w Łodzi.
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 zamówienia.
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 zamówienia.

**§ 3**

1. 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 zamówienia 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 zamówienia przepisów, w szczególności bhp i p-poż,
  2. posiadania w trakcie trwania umowy aktualnych badań lekarskich,
  3. przebywać w godzinach dla niego ustalonych na terenie Centralnego Szpitala Klinicznego w Łodzi, zgodnie z harmonogramem (akceptowanym przez Udzielającego zamówienia),
  4. 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,
  5. przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym,
  6. 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,
  7. przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli prowadzonej przez uprawnionych przedstawicieli Udzielającego zamówienia i NFZ,
  8. przestrzegania praw pacjenta,
  9. niepobierania opłat od pacjentów udzielającego zamówienie z jakiegokolwiek tytułu,
  10. 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,

* 1. 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.),
  2. nie udostępniania danych osobowych poza przypadkami, które są jasno przewidziane umową lub wynikają z przepisów prawa,
  3. 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,
  4. wykonywania zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Systemem Zarządzania Jakością, Systemem Bezpieczeństwa oraz Standardami Akredytacyjnymi,
  5. zapoznania się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, a także obowiązującymi u Udzielającego zamówienia procedurami zapewniającymi ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach,
  6. 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,

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, ze zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i opłaca należne składki ubezpieczenia zdrowotnego   
   i ubezpieczenia społecznego.

**§ 6**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dbać o dobro i mienie Udzielającego zamówienia ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego   
   do udzielania świadczeń, korzystania z niego zgodnie z przeznaczeniem, z należytą dbałością i optymalizacją kosztów, a w przypadku stwierdzenia wady, nieprawidłowości czy niewłaściwej jakości pracy sprzętu lub aparatury natychmiast zawiadomić na piśmie Udzielającego zamówienia o powyższym stanie rzeczy.
   * + 1. W przypadku uszkodzenia sprzętu, na którym wykonywane będą świadczenia -   
          z winy Przyjmującego zamówienie, naprawa sprzętu lub jego wymiana na nowy następuje na jego koszt.

**§ 7**

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

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

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

**§ 8**

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.

**§ 9**

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 zamówienia. Koszty zastępstwa ponosi Przyjmujący zamówienie.
2. Zlecenie przez Przyjmującego zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy osobom trzecim wymaga uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie odpowiada za osoby trzecie, którym zlecił wykonanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy jak za własne czyny.

**§ 10**

Przyjmujący zamówienie otrzyma następujące wynagrodzenie:

…………………………………………………………………………

**§ 11**

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.

**§ 12**

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

**§ 13**

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:
     1. utraty uprawnień przez Przyjmującego zamówienie niezbędnych   
        do wykonywania przedmiotu umowy,
     2. stwierdzenia nieprawidłowości i nierzetelności w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem umowy przez Udzielającego zamówienia   
        lub Narodowy Fundusz Zdrowia.
     3. nieprzedłożenia aktualnej umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 7 ust. 1 i 2 niniejszej umowy w Dziale Organizacyjnym.

**§ 14**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem

nieważności.

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową znajdują zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej i kodeksu cywilnego.
2. Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez
3. właściwy sąd powszechny.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia**

Załącznik nr 4

DEKLARACJA PRACY OFERENTA

1. ilości godzin udzielania świadczenia w miesiącu: ……………………
2. ilości dyżurów 16,5 godz.: ……………….
3. ilości dyżurów 24 godz.: ……………………..
4. ilości godzin w miesiącu w godz. 8.00-15.30: ………………

…………………..

(podpis oferenta)

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/