**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**

<http://www.csk.umed.pl>

## Postępowanie konkursowe na udzielanie świadczeń

zdrowotnych w zakresie wykonywania badań elektrokardiograficznych dla Zakładu Medycyny Nuklearnej

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 05.07.2022 r.SZCZEGÓŁOWE WARUNKI

KONKURSU OFERT (zwane dalej “SWKO”)

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań elektrokardiograficznych.**

Działając na podstawie art.26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej   
(t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 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 2021 r. poz. 1285 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 badań elektrokardiograficznych na potrzeby Zakładu Medycyny Nuklearnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

## Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowi załącznik Nr 3.

**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 medycznych ww. zakresie lub dysponują personelem posiadającym takie uprawnienia.

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 załączniki 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. 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.
8. Udzielający zamówienia udziela wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert.
9. W przypadku braku jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub gdy oferta zawiera braki formalne, Udzielający zamówienia 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 3 lata.

**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 - dokładny adres, nr PESEL/NIP,REGON, telefon/fax., numer 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;
6. Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru;
7. Kopia nadania NIP, REGON;
8. Kopie 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 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
9. Kopia dyplomu uprawniającego do wykonywania prac (dot. indywidualnej praktyki lekarskiej) lub wykaz personelu wyznaczonego do realizacji świadczeń zdrowotnych wraz z kopiami dyplomów uprawniających do wykonywania prac (dot. podmiotu leczniczego dysponującego własnym personelem).

**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: mgr Dorota 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-badania elektrokardiograficzne.**

**Nie otwierać przed godz. 10.30 dnia 12.07.2022 r.”**

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

**Termin składania ofert upływa dnia 12.07.2022 r. o godz. 10.00.**

**Otwarcie ofert nastąpi dnia 12.07.2022 r. o godz. 10.30** w pok. 405D Szpitala,   
w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.

Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów

nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.

1. 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.

1. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę   
   i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.
2. Wyniki konkursu zostaną niezwłocznie przekazane Oferentom.

**IX. KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY**

* + - 1. Oceniane będą tylko te oferty, które spełniają w całości wymagania SWKO.
      2. Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. **100 % cena.**

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

**X. OPIS SPOSOBU ZAWARCIA UMOWY**

Oferent, którego oferta uznana została za najkorzystniejszą, zostanie powiadomiony o terminie   
i miejscu podpisania stosownej umowy.

* 1. **USTALENIA KOŃCOWE**

1. Konkurs ofert będzie ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie związania ofertą.
3. 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 Udzielającego zamówienia 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.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny oraz prawo do przesunięcia terminów składania, otwarcia i rozstrzygnięcia ofert.

**XII. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW**

1. Dane o Oferencie - dokładny adres, telefon/fax., numer 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.

**XIII. KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZESTNIKÓW KONKURSU**

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**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej   
Centralny Szpital Kliniczny   
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**ul. Pomorska 251,**

**92-213 Łódź**

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu **wykonywania badań elektrokardiograficznych**.

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL/NIP,REGON:**

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

**E-MAIL**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

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

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

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

NUMER ODPOWIEDNIEGO REJESTRU (KRS, CEIDG, OIL)

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

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

/ 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 spełniam warunkiokreślone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zm).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert i nie wnoszę   
   w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. 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.
4. Oświadczam, że posiadam lub personel, którym dysponuję posiada (dot. oferenta będącego podmiotem leczniczym) wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że pozostanę związany z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym   
   i prawnym.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością   
   i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
8. Oświadczam, że umowę będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że kwalifikacje personelu wykonującego świadczenie zdrowotne, aparatura, sprzęt medyczny oraz warunki lokalowe są zgodne z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
10. Oświadczam, że dysponuję odpowiednią liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania świadczonych usług.
11. Oświadczam, że posiadam odpowiednie miejsce świadczenia usług i warunki lokalowe,   
    a sprzęt i aparatura medyczna jest zgodna z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizacje pełnego zakresu zamówienia objętego umową.
12. 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 (t.j. Dz. U. 2019. 1781).
13. 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**

Kwota za wykonanie 1 badania w zakresie badań elektrokardiograficznych (zł brutto):

- elektrokardiograficzna próba wysiłkowa z podaniem radiofarmaceutyku -

**……………….. zł/1 badanie**

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

/ 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** zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia   
2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz.633 z późn. zm.) o następującej treści:

**§ 1**

Przedmiotem umowy jest udzielanie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych   
z zakresu medycyny nuklearnej określonych w § 6 ust. 1

**§ 2**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada lub personel, którym dysponuje posiada (dot. oferenta będącego podmiotem leczniczym) niezbędne kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w 1.
2. Jeżeli Przyjmujący zamówienie wykonuje usługę za pomocą osób współpracujących   
   z Przyjmującym zamówienie, postanowienia niniejszej umowy stosuje się odpowiednio   
   do tych osób.
3. Osobą merytorycznie odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest …………………………………….. (dot. podmiotu leczniczego dysponującego własnym personelem).

**§ 3**

1. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia w terminach uzgadnianych   
   z Udzielającym zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest świadczyć usługi osobiście.  
   W wyjątkowych sytuacjach – po uzyskaniu zgody Udzielającego zamówienia – Przyjmujący zamówienie może powierzyć wykonywane czynności, o których mowa w niniejszej umowie innej osobie legitymującej się odpowiednimi kwalifikacjami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych. Przyjmujący zamówienie ponosi koszty zastępstwa oraz odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że świadczenia udzielane są zgodnie  
   z wymogami, o których mowa w szczegółowych materiałach informacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. 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.
5. 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.

**§ 4**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania świadczeń określonych  
   w 1. 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. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się prowadzić prawidłowo i czytelnie dokumentację zgodnie z wymogami określonymi w przepisach prawa i obowiązującymi u Udzielającego zamówienia zasadami.
3. Przyjmujący zamówienie będzie współpracować z lekarzami oraz innym personelem medycznym Udzielającego zamówienia.
4. Osobą koordynującą pracę Przyjmującego zamówienie jest Kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej.

**§ 5**

1. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek poddania się kontroli prawidłowości wykonania świadczeń, o których mowa w 1. umowy.
2. Kontrola, o której mowa w pkt. 1, może być wykonana przez Dyrektora Szpitala lub osobę przez niego upoważnioną oraz Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie obowiązujących przepisów.
3. W przypadku ewentualnego negatywnego wyniku kontroli przeprowadzonej przez NFZ   
   i skutecznie zakwestionowanych świadczeń wykonanych przez Przyjmujący zamówienie niezgodnie ze szczegółowymi warunkami danego zakresu usług medycznych NFZ, koszty nałożonych kar ponosi Przyjmujący zamówienie.

**6**

1. Za wykonane świadczenia Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie w wysokości :

- elektrokardiograficzna próba wysiłkowa z podaniem radiofarmaceutyku -

**………………………………………..**;

1. Wynagrodzenie płatne będzie miesięcznie przelewem na rachunek wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie 14 dni, po otrzymaniu przez Udzielającego zamówienia faktury wraz z zestawieniem wykonanych w danym miesiącu świadczeń.
2. Zestawienie, o którym mowa w pkt. 2 winno być potwierdzone przez kierownika Zakładu Medycyny Nuklearnej.

**7**

1. 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 (dot. osób bezpośrednio udzielających świadczeń),
   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) oraz obowiązujących w tym zakresie u Udzielającego zamówienie procedur,
   5. uzyskania przez siebie, personel oraz osoby współpracujące upoważnienia   
      do przetwarzania danych osobowych wystawionego przez Udzielającego zamówienie.

**8**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania świadczeń określonych  
w 1. 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.

**§ 9**

Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

**§ 10**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony **…………………. r. do ………………………… r.**
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron za pisemnym jednomiesięcznym wypowiedzeniem.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie:

a) utracił prawo wykonywania zawodu,

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 § 3 ust. 5,

c) udzielając świadczeń zdrowotnych 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:
   1. likwidacji Udzielającego zamówienia,
   2. wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ   
      na świadczenia objęte niniejszą umową.

**§ 11**

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

##### Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia

**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/