**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

z zakresu superwizji grupowej dla zespołu leczącego: psychoterapeutów, psychologów i lekarzy psychiatrów**.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 13.09.2022 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
(Dz.U. 2022 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 (Dz.U. 2021 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 udzielanie świadczeń z zakresu superwizji grupowej dla zespołu leczącego: psychoterapeutów, psychologów i lekarzy psychiatrów świadczących usługi
w klinikach, oddziałach oraz poradniach psychiatrycznych.

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

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

1. **OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**
2. Do konkursu mogą przystąpić Oferenci, którzy:
* 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 Udzielający zamówienia wzywa do uzupełnienia dokumentów lub usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
8. **TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Umowa z wybranymi Oferentami zostanie zawarta na okres 3 lat**.**

Projekt umowy stanowi załącznik nr 4 SWKO.

1. **OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W KONKURSIE ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIENIA TYCH WARUNKÓW**
2. 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).
3. Ocena spełnienia wymagań zostanie przeprowadzona na podstawie złożonych przez Oferenta dokumentów przy zastosowaniu formuły spełnia/nie spełnia. Oferty niespełniające wymagań zostaną odrzucone.
4. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ OFERENCI W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA UDZIAŁU
W POSTĘPOWANIU

Oferta winna zawierać:

1. dane o Oferencie – nazwa firmy, nr PESEL, adres, telefon/fax., nr rachunku bankowego
– Załącznik nr 1;
2. oświadczenie Oferenta – Załącznik nr 2;
3. wypełnioną i podpisaną ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
4. podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
5. oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5;
6. kopię aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;
7. kopię 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 poz. 866);
8. kopię dyplomu ukończenia szkoły wyższej;
9. kopię certyfikatów i dyplomów uzyskania wymaganych kwalifikacji;
10. kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy;
11. kopię dokumentu potwierdzającego odbycie szkolenia BHP;
12. ewentualne pełnomocnictwo osób podpisujących ofertę w imieniu Oferenta udzielone przez Oferenta.
13. **INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ**

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

Osoby uprawnione do kontaktów z Oferentami:

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

w sprawach proceduralnych – Jarosław Rzepkowski tel. 42 675 75 88.

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

1. **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

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

Ofertę należy złożyćw zamkniętej kopercie oznaczonej:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń**

**z zakresu superwizji grupowej.**

**Nie otwierać przed 21.09.2022 r. do godz.10.30.”**

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

ul. Pomorskiej 251.

1. **Termin składania ofert upływa dnia 21.09.2022 r. o godz. 10.00.**
2. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 21.09.2022 r. o godz. 10.30** w pok. 405D 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.
6. Wyniki konkursu zostaną zamieszczone na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl) i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
8. **KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY**

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

1. Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. **Cena -** **100 %**.
2. Oferty przekraczające maksymalną stawkę nie będą rozpatrywane.
3. **OPIS SPOSOBU ZAWARCIA UMOWY**
4. Zawarcie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne następuje na podstawie wyniku konkursu ofert.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty, stosownie
do potrzeb Szpitala.
6. **ODRZUCA SIĘ OFERTĘ**
7. Złożoną przez Oferenta po terminie.
8. Zawierającą nieprawdziwe informacje.
9. Jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej.
10. Jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.
11. Jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów.
12. Jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną.
13. Jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienie.
14. 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.
15. **UNIEWAŻNIENIE KONKURSU**
16. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
17. nie wpłynęła żadna oferta,
18. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2,
19. odrzucono wszystkie oferty,
20. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
21. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
22. 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.

### 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. **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW**
6. Dane o Oferencie – nazwa firmy, numer PESEL, adres, telefon/fax., adres e-mail, nr rachunku bankowego – Załącznik nr 1;
7. Oświadczenie Oferenta - Załącznik nr 2;
8. Wypełniona i podpisana oferta cenowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
9. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
10. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5.
11. **KLAUZULA INFROMACYJNA**
12. 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:
13. administratorem danych osobowych jest SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź,
14. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego: inspektor.odo@csk.umed.lodz.pl,
15. 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,
16. 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,
17. w oparciu o dane osobowe nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały również profilowaniu,
18. 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,
19. 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,
20. 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.
21. 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.
22. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

**Załącznik nr 1**

**Oferta na udzielanie świadczeń z zakresu superwizji grupowej dla zespołu leczącego: psychoterapeutów, psychologów i lekarzy psychiatrów.**

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL:**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**NIP, REGON**

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

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

**E-MAIL**

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

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

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

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

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

 / data / /pieczątka i podpis Oferent/

**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. 2019. 1781).
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**

**Zgodnie z kalkulacją cenową przedstawioną poniżej:**

……….…… zł brutto za godzinę superwizji grupowej

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

/ 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 Dz. U. 2022 poz.633 z późn. zm.), o następującej treści:

 **1**

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń z zakresu superwizji grupowej dla zespołu leczącego: psychoterapeutów, psychologów
i lekarzy psychiatrów.

 **2**

Przyjmujący zamówienie w czasie pełnienia obowiązków wynikających z niniejszej umowy wykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów klinik
i oddziałów oraz poradni psychiatrycznych, polegające na superwizowaniu pracy zespołu leczącego.

 **3**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń po uprzednim ustaleniu harmonogramu z z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa Psychiatrycznego lub osobę upoważnioną.
2. Świadczenia objęte umową udzielane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia.

 **4**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do świadczenia usług zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej, a także z należytą starannością.

 **5**

* + - 1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuje się je kontynuować przez cały okres trwania umowy.
1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że świadczy usługi na rzecz ludności i w ramach prowadzonej działalności gospodarczej rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń społecznych i opłaca należne składki ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Przyjmujący zamówienie rozlicza się osobiście z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i ponosi samodzielne ryzyko prowadzonej działalności gospodarczej.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada stosowne kwalifikacje i uprawnienia
do świadczenia usług będących przedmiotem niniejszej umowy, co potwierdzi przedstawieniem stosownych dokumentów.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się powiadomić Udzielającego Zamówienia o każdej zmianie danych osobowych oraz o zmianie w zakresie ubezpieczeń społecznych, pod rygorem unieważnienia umowy.

 **6**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

1. przestrzegania przepisów obowiązujących u Udzielającego zamówienia,
w szczególności przepisów BHP i przeciwpożarowych oraz regulaminów wewnętrznych, zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych,
2. posiadania aktualnych badań lekarskich,
3. przestrzegania praw pacjenta,
4. przetwarzania danych dotyczących osób uprawnionych do korzystania z badań,
w szczególności dotyczących ich stanu zdrowia w sposób określony w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2019 poz. 1781),
5. zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku
z wykonywaniem niniejszej umowy,
6. 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 (t.j. Dz.U. 2019 poz.1781),
7. nie udostępniania danych osobowych poza przypadkami, które są jasno przewidziane umową lub wynikają z przepisów prawa,
8. uzyskania od Udzielającego zamówienie 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,
9. 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,
10. 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,
11. wykonywania zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Systemem Zarządzania Jakością, Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem oraz Standardami Akredytacyjnymi.

 **7**

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

 **8.**

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
2. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń, o których mowa w § 1,
3. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia przypadającego na ostatni dzień miesiąca, bez podania przyczyny,
4. wskutek oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia,
w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy
w szczególności:
5. utraty uprawnień przez Przyjmującego zamówienie niezbędnych do wykonywania przedmiotu umowy,
6. stwierdzenia nieprawidłowości i nierzetelności w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem umowy przez Udzielającego zamówienia lub Narodowy Fundusz Zdrowia,
7. nie udokumentował po upływie okresu trwania umowy ubezpieczenia
od odpowiedzialności cywilnej obowiązującej w dniu zawarcia umowy, faktu zawarcia nowej umowy ubezpieczenia, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
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.**

1. Z tytułu świadczenia usług będących przedmiotem niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzymywać będzie wynagrodzenie proporcjonalne do liczby godzin świadczonych usług. Przy czym bazową kwotą, od której naliczane jest wynagrodzenie jest stawka ………………………. zł brutto za godzinę superwizji grupowej.
2. Podstawą wypłaty należności za świadczone usługi jest faktura/rachunek wystawiona przez Przyjmującego zamówienie, potwierdzona, co do zgodności i ilości udzielenia świadczeń przez z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa Psychiatrycznego lub osobę upoważnioną.
3. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Przyjmującego zamówienie w ciągu
14 dni od przedstawienia faktury, o której mowa w ust. 2.

 **10.**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy, jej rozwiązanie bądź wypowiedzenie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

 **11.**

1. Strony ustalają, że wszelkie spory, które wynikają z niniejszej umowy postarają się rozstrzygać na drodze polubownej.
2. W przypadku nie osiągnięcia porozumienia każda ze stron ma prawo odwołać się
do właściwego sądu powszechnego wg siedziby Udzielającego zamówienia.

 **12.**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron umowy.

 **13.**

Dane osobowe Przyjmującego zamówienie objęte są ochroną prawną na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych.

**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/