**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**

**Telefon 42 675-75-00**

**faks 42 679-17-80**

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

## Postępowanie konkursowe na udzielanie świadczeń

zdrowotnych z zakresu **terapii środowiskowej.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 10.10.2022 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 wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii środowiskowej   
w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. (CPV [85121200-5](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/specjalistyczne-uslugi-medyczne-8993) – specjalistyczne usługi medyczne, [85121270-6](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/uslugi-psychiatryczne-lub-psychologiczne-9003) – usługi psychiatryczne lub psychologiczne).

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

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 (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. 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 wybranym Oferentem zostanie zawarta na okres 3 lat.

1. **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.

1. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ OFERENCI  
    W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oferta winna zawierać:

1. dane o Oferencie - dokładny adres, pesel, telefon/fax., numer 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) lub oświadczenie,   
   że takie ubezpieczenie będzie dostarczone najpóźniej w dniu rozpoczęcia pracy;
8. kopię dyplomu ukończenia szkoły;
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 zdrowotnych**

**z zakresu terapii środowiskowej.**

**Nie otwierać przed 19.10.2022 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 19.10.2022 r. o godz. 10.00.**
2. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 19.10.2022 r. o godz. 10.30** w pok. 405D Szpitala   
   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 odrzucone 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**
   * + 1. Oceniane będą tylko te oferty, które spełniają w całości wymagania SWKO.
       2. Udzielający zamówienia wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. **100 % cena**
       3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty, stosownie   
          do potrzeb Szpitala.
9. **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.

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

1. **ODRZUCA SIĘ OFERTĘ**
2. Złożoną przez Oferenta po terminie.
3. Zawierającą nieprawdziwe informacje.
4. Jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.
6. Jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów.
7. Jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną.
8. Jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienie.
9. 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.
10. **UNIEWAŻNIENIE KONKURSU**
11. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
12. nie wpłynęła żadna oferta,
13. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2,
14. odrzucono wszystkie oferty,
15. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył   
    na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
16. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
17. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Zamawiający 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 - dokładny adres, pesel, telefon/fax., numer 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**

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 **terapii środowiskowej.**

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL:**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**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 (t.j. 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**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj świadczenia** | Proponowana cena brutto (PLN) |
| Świadczenia zdrowotne w zakresie terapeuty środowiskowego | Stawka w zł brutto za 1 pkt |
|  |

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

/ data / / podpis Wykonawcy /

**Załącznik nr 4**

##### UMOWA NR ………

zawarta w dniu …………….

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

**1**

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych **w zakresie terapeuty środowiskowego w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.**

**2**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w 1.
2. Przyjmujący zamówienie będzie w szczególności zobowiązany do:
3. ustalania zasad kontaktowania się z pacjentem/podopiecznym,
4. rozpoznawania potrzeb i możliwości pacjenta/podopiecznego,
5. planowania działań terapeutycznych oraz opracowywania indywidualnego i społecznego planu wsparcia,
6. prowadzenia treningów umiejętności społecznych,
7. edukowania otoczenia pacjenta w sprawach związanych z chorobą,
8. prowadzenia interwencji środowiskowych,
9. podejmowania współpracy z zespołem terapeutycznym oraz placówkami ochrony zdrowia   
   i pomocy społecznej,
10. prowadzenia dokumentacji pracy z pacjentem/podopiecznym,
11. pozyskiwania informacji o możliwych szkoleniach umożliwiających zdobycie zatrudnienia przez pacjenta/podopiecznego,
12. oceny postępu leczenia,
13. realizacji i koordynacji zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia,
14. kierowaniu, w razie potrzeby, do lekarza lub psychologa,
15. prowadzeniu działań informacyjno – motywacyjnych.

**3**

1. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia w terminach uzgadnianych z Udzielającym zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie współpracuje z personelem Udzielającego zamówienia udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów leczonych przez Udzielającego zamówienia.
3. Bezpośrednią kontrolę nad organizacją świadczeń sprawuje w imieniu Udzielającego zamówienia   
   z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Psychiatrycznego lub osoba przez niego wskazana.
4. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek wykonywania procedur medycznych zgodnych   
   z umową wiążącą Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.
5. Wykonanie prac, o których mowa w § 1 odbywać się będzie z wykorzystaniem sprzętu i materiałów będących własnościąUdzielającego zamówienia.
6. 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 za potwierdzeniem odbioru) Udzielającego zamówienia   
   o powyższym stanie rzeczy.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest świadczyć usługi osobiście. W wyjątkowych sytuacjach - po uzyskaniu zgody Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie może zlecić innemu podmiotowi udzielanie świadczeń zdrowotnych i związanych z tym obowiązków, określonych w niniejszej umowie.
8. Podmiotem tym może być tylko podmiot posiadający kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2 niniejszej umowy.
9. Przyjmujący zamówienie odpowiada za czyny innego podmiotu, któremu zlecił świadczenie usług, jak za czyny własne.
10. Koszty zlecenia usługi innemu podmiotowi ponosi Przyjmujący zamówienie.
11. Osoby trzecie zastępujące Przyjmującego zamówienie muszą posiadać aktualne ubezpieczenie   
    od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Kopię polisy zobowiązani są do przedłożenia Udzielającemu zamówienia najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem zastępstwa.

**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 aktualnie obowiązującymi przepisami 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.

**5**

1. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, chyba że szkoda jest wyrządzona przez Przyjmującego zamówienie umyślnie, bądź jest wynikiem zaniedbania obowiązków wynikających z przedmiotu niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za jakość i skutki wykonywanych osobiście świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialność odszkodowawczą z tytułu roszczeń za szkody wyrządzone pacjentom w związku z udzielanymi świadczeniami lub zaniechaniem ich udzielania.   
   W przypadku orzeczenia o odpowiedzialności odszkodowawczej Udzielającego zamówienia z tytułu roszczeń za szkody wyrządzone pacjentom w związku z udzielanymi świadczeniami lub zaniechaniem ich udzielania, Udzielającemu zamówienia przysługuje regres w stosunku do Przyjmującego zamówienie w przypadku udowodnionej winy Przyjmującego zamówienie.
3. 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.
4. 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.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się we własnym zakresie i na własny koszt ubezpieczyć   
   od następstw nieszczęśliwych wypadków.

**6**

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 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.

**§ 7**

1. Za wykonane w ramach niniejszej umowy świadczenia Udzielający zamówienia zobowiązuje się wypłacić wynagrodzenie w następującej wysokości:

* stawka w zł brutto za 1 punkt **–** ………………. zł.

1. Tytułem należności za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie obliczone w oparciu o stawkę za 1 punkt, pomnożoną przez ilość zrealizowanych punktów w danym miesiącu kalendarzowym.
2. Wynagrodzenie płatne będzie miesięcznie przelewem na rachunek wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie 14 dni, po otrzymaniu przez Udzielającego zamówienia faktury oraz zestawienia wykonanych w danym miesiącu świadczeń.
3. Zestawienie, o którym mowa w pkt. 2 winno być potwierdzone przez Zastępcę Dyrektora   
   ds. Lecznictwa Psychiatrycznego lub osobę upoważnioną.

**8**

Przyjmujący zamówienia 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 (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 (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.

**9**

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

**10**

1. Strony umowy zgodnie ustalają, że Udzielający zamówienia ma prawo, tytułem kary umownej, do:
2. za każde nie zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego zamówienie   
   - obniżenia wysokości wynagrodzenia o 10% wynagrodzenia miesięcznego należnego za miesiąc,   
   w którym nastąpiło zdarzenie,
3. za każde opóźnienie w wykonaniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy lub nieprawidłowym zabezpieczeniu wykonania usługi z winy Przyjmującego zamówienie – obniżenia wysokości wynagrodzenia o 5% wynagrodzenia miesięcznego należnego za miesiąc, w którym nastąpiło zdarzenie,
4. za każdą uzasadnioną skargę pacjenta, członka rodziny lub opiekuna, której podstawę stanowi rażąco zawinione działanie lub zaniechanie Przyjmującego zamówienie – obniżenia wysokości wynagrodzenia o 5% wynagrodzenia miesięcznego należnego za miesiąc, w którym wpłynęła skarga,
5. w przypadku niepodjęcia wykonywania czynności, zgodnie z ustalonym harmonogramem   
   i zasadami określonymi w umowie - naliczenia kary w wysokości 20% miesięcznego wynagrodzenia za miesiąc poprzedni,
6. w przypadku niepodjęcia wykonywania czynności w okresie wypowiedzenia – naliczenia kary   
   w wysokości 20% miesięcznego wynagrodzenia otrzymanego za ostatni miesiąc wykonywania świadczeń za każdy okres w którym nie były realizowane świadczenia.
7. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek wpłaty na rachunek Udzielającego zamówienia kary umownej, o której mowa w ust. 1 lit. d, e w terminie 14 dni od doręczenia pisma wzywającego   
   do zapłaty kary umownej.

**§ 11**

Żadne okoliczności wymienione lub nie wymienione w umowie nie mogą stanowić podstawy   
do odmowy udzielania świadczenia przez Przyjmującego zamówienie w przypadku, gdy osoba zgłaszająca się do Udzielającego zamówienia potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu   
na zagrożenie życia lub zdrowia.

**§ 12**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od ……………..……. do …………………..…
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 § 5 pkt. 4,
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.

**§ 13**

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

**§ 14**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znana jest mu treść zapisu art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021. poz. 1285 z późn. zm.) i nie ma zawartej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**15**

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

**16**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o zwodzie psychologa.

**17**

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

**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/