**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego w Łodzi

Łódź, dnia 18.11.2022 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 (Dz.U. 2022 r., poz. 633 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.).

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

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnychw Ośrodku Diagnostyki
i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego w Łodzi.

***I część konkursu***

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań oraz udzielania porad w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego w Łodzi.

***II część konkursu***

Wykonywanie czynności związanych z pełnieniem dyżurów medycznych w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego w Łodzi.

Umowa zostanie zawarta na okres 3 lat.

Miejsce wykonywania świadczeń:

**Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego
i Bezdechu Sennego 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 2011 r.
o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 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:
	2. formularz ofertowy (Załącznik nr 1),
	3. oświadczenie Oferenta (Załącznik nr 2),
	4. oświadczenie Oferenta dotyczące podatku VAT (Załącznik nr 4),
	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 świadczenie 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.
	11. 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.
	12. Oferent składa ofertę na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
	13. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
	14. Oferta powinna być trwale spięta i mieć ponumerowane strony.
	15. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
	16. 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.
	17. 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.
	18. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę
	z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie oferty".
	19. Oferty należy składać w zamkniętej kopercie w formie pisemnej z dopiskiem
	na kopercie:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Snu**

**Nie otwierać przed dniem 28.11.2022 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 28.11.2022 r. do godziny 1100.
			2. Oferta przesłana Pocztą Polską lub pocztą kurierską będzie traktowana jako złożona w terminie jeżeli zostanie dostarczona do SP ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi do dnia 28.11.2022 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 28.11.2022 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;
2. zawierającą nieprawdziwe informacje;
3. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
4. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
5. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
6. jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;
7. jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych
w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane
od Przyjmującego zamówienia;
8. złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego 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:
2. nie wpłynęła żadna oferta;
3. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
4. odrzucono wszystkie oferty;
5. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
6. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
7. 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 ( Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).
2. Środki odwoławcze nie przysługują na :
3. niedokonanie wyboru Oferenta,
4. 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. Oświadczenie Oferenta – podatek VAT (Załącznik nr 4).

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 w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego w Łodzi.

**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.:

 ***I część konkursu\****

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań oraz udzielania porad w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego w Łodzi:

1. ………….. zł brutto za 1 badanie – kompleksowy opis i interpretacja badań polisomnograficznych (diagnostyka, leczenie CPAP, leczenie bilevel-PAP)
w kontekście diagnostyki zespołów zaburzeń wentylacji w czasie snu oraz przygotowanie karty informacyjnej dla pacjenta z ww. badań polisomnograficznych;
2. ………….. % wartości środków płatnych przez NFZ za poradę - kwalifikacja pacjentów do badania polisomnograficznego na podstawie oceny ryzyka bezdechu sennego; wdrożenie leczenia pacjentów z obturacyjnymi zaburzeniami oddychania w czasie snu aparatem CPAP, w tym dobór maski
i ciśnienia leczniczego na podstawie leczniczej polisomnografii z aparatem PAP; wdrożenie leczenia pacjentów z zespołami hipowentylacji, izolowanymi
i w skojarzeniu z obturacyjnym bezdechem sennym, przy użyciu nieinwazyjnej wentylacji – bilevel PAP;
3. ………….. zł brutto za 1 badanie - ocena badań czynnościowych płuc (bodypletyzmografia, pojemność dyfuzyjna płuc) oraz wykonania ww. badań zgodnie z obowiązującymi normami ATS;
4. …………………………….. zł brutto za poradę w zakresie chorób wewnętrznych i płuc (dla pacjentów bez ważnego skierowania);
5. …………. zł brutto za poradę - wizyta kontrolna lub przedłużenie leczenia
w zakresie chorób wewnętrznych i płuc (dla pacjentów bez ważnego skierowania);
6. …………… zł bruttoza opis i omówienie przesiewowego badania diagnostycznego wykonywanego w domu pacjenta;
7. …………….. zł bruttoza badanie z użyciem aparatu do przesiewowego badania diagnostycznego wykonywanego w domu pacjenta;
8. za zlecone pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- …………… zł brutto za godzinę w dni powszednie,

- …………… zł bruttoza godzinę w dni wolne od pracy, niedziele i święta,

1. ……………… zł bruttoza opis badania domowej poligrafii III typu,
2. ……………… zł bruttoza badanie z użyciem aparatu do domowej poligrafii III typu,
3. ……………… zł bruttoza domowe nadzorowanie próby leczenia aparatem CPAP,
4. ……………… zł brutto za ocenę domowej pulsoksymetrii,
5. ……………… zł bruttoza badanie z użyciem aparatu do ozonowania aparatu CPAP
z maską,
6. ……………… zł bruttoza miesiąc monitorowania domowego leczenia CPAP,
7. ……………… zł bruttoza badanie z użyciem aparatu do domowej polisomnografii.

***II część konkursu\****

Wykonywanie czynności związanych z pełnieniem dyżurów medycznych w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego w Łodzi:

1. ………….. zł brutto za 1 godzinę medycznego dyżuru pełnionego w dni powszednie,
2. ………….. zł brutto za 1 godzinę medycznego dyżuru pełnionego w niedziele
i święta.

\*Oferent wypełnia tylko te punkty na które części składa Ofertę, nie wpisanie stawki w danym punkcie będzie uznane jako nie złożenie oferty przez Oferenta w tym zakresie.

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 poz.1781). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu
		do treści moich danych oraz ich poprawienia.
		4. Przedłożyłem następujące dokumenty:
		5. właściwe zaświadczenie z rejestru indywidualnych praktyk/indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
		6. zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
		7. dokumenty świadczące o kwalifikacjach zawodowych: prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów/szkoły medycznej, dyplomy specjalizacyjne
		8. orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do pracy,
		9. dokument potwierdzający odbycie szkolenia bhp,
		10. aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej zgodnie
		z obowiązującymi przepisami prawa.
		11. pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania
		w imieniu oferenta.
		12. 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, zgodnie z posiadanymi przez osobę wykonującą zamówienie kwalifikacjami.
	2. Miejscem wykonywania świadczeń, o których mowa w ust. 1 jest Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Układu Oddechowego i Bezdechu Sennego 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 zamówienie.

**§ 3**

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:
	2. znajomości i przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów, w szczególności bhp i p-poż,
	3. posiadania w trakcie trwania umowy aktualnych badań lekarskich,
	4. przebywać w godzinach dla niego ustalonych na terenie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii w Łodzi, zgodnie z harmonogramem (akceptowanym przez Udzielającego zamówienia),
	5. 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,
	6. przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym,
	7. 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,
	8. przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli prowadzonej przez uprawnionych przedstawicieli Udzielającego zamówienia i NFZ,
	9. przestrzegania praw pacjenta,
	10. niepobierania opłat od pacjentów udzielającego zamówienie z jakiegokolwiek tytułu,
	11. zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku
	z wykonywaniem niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa,
	12. 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 poz.1781),
	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.
2. 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**

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia
od odpowiedzialności cywilnej i posiadania ważnej umowy ubezpieczenia przez cały okres trwania niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia Udzielającemu zamówienie aktualnej umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.
3. 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 § 6 ust. 1 i 2 niniejszej umowy w Dziale Organizacyjnym.

**§ 14**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową znajdują zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej i kodeksu cywilnego.
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 4**

…………………………………………………………………………………

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/