Łódź, dn. 13.12.2022 r.

**OFERENCI**

dot. konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań i konsultacji specjalistycznych, ogłoszonego w dniu 09.12.2022 r.

W odpowiedzi na zapytanie skierowane do Udzielającego zamówienia, dokonuje się następujących zmian w szczegółowych warunkach konkursu ofert:

1. SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi modyfikuje treść ogłoszenia o konkursie, w ten sposób, że zmienia się treść formularza ofertowego, który stanowi załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert.
2. SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi modyfikuje treść ogłoszenia o konkursie, w ten sposób, że zmienia się treść wzoru umowy, który stanowi załącznik nr 3 do szczegółowych warunków konkursu ofert.
3. W związku z powyższym załącznik nr 1 oraz załącznik nr 3 uzyskują brzmienie zgodne
z załącznikami do niniejszego ogłoszenia.
4. Pozostałe szczegółowych warunków konkursu ofert zapisy pozostają bez zmian.

**Zatwierdził:**

DYREKTOR

SP ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

dr n. med. Monika Domarecka

**Załącznik nr 1**……………………………………..…

Pieczęć firmowa Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU KONSULTACJI I BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH**

**DLA CENTRALNEGO SZPITALA KLINICZNEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI**

NAZWA I ADRES OFERENTA: ……………………………………………………………………………………..………………………………………………….…………………………………

TELEFON / E-MAIL DO PRACOWNI ………….……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………

**PAKIET I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA** | **CENA ZA 1 BADANIE (W ZŁ BRUTTO)** |
|  | RENDGENODIAGNOSTYKA | **TRYB NORMALNY** | **TRYB PILNY** |
|  | Cholangiografia dożylna |  |  |
|  | Zdjęcia przełyku z kontrastem |  |  |
|  | Zdjęcia przełyku żołądka XII-cy z kontrastem |  |  |
|  | Wlew doodbytniczy |  |  |
|  | Urografia |  |  |
|  | Urografia z kontrastem – uczulenie |  |  |
|  | Cystografia z kontrastem |  |  |
|  | Pielografia |  |  |
|  | Fluoroskopia |  |  |
|  | Fluoroskopia zabiegowa do 3 h |  |  |
|  | Fluoroskopia zabiegowa do 30 min |  |  |
|  | USG | **TRYB NORMALNY** | **TRYB PILNY** |
|  | USG urologiczne z sondą rektalną ze znieczuleniem |  |  |
| **SUMA** |  |  |

**PAKIET II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA** | **CENA ZA 1 BADANIE (W ZŁ BRUTTO)** |
|  | BRONCHOSKOPIA | **TRYB NORMALNY** | **TRYB PILNY** |
|  | Bronchoskopia (bez dodatkowej diagnostyki) |  |  |
|  | Bronchoskopia EBUS (z pobraniem materiału) |  |  |
|  | Bronchoskopia EBUS (bez pobrania materiału) |  |  |
| **SUMA** |  |  |

**PAKIET III**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA** | **CENA ZA 1 BADANIE (W ZŁ BRUTTO)** |
|  | DIAGNOSTYKA OKULISTYCZNA | **TRYB NORMALNY** | **TRYB PILNY** |
|  | Angiografia fluoresceinowa |  |  |
|  | Autorefraktometria |  |  |
|  | GDX |  |  |
|  | OCT |  |  |
|  | Pole widzenia |  |  |
|  | Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego |  |  |
|  | USG |  |  |
| **SUMA** |  |  |

**PAKIET IV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA** | **CENA ZA 1 BADANIE (W ZŁ BRUTTO)** |
|  | BADANIE SZPIKU | **TRYB NORMALNY** | **TRYB PILNY** |
|  | Pobranie szpiku z talerza kości biodrowej lub mostka – bez oceny cytologicznej (np. na badanie immunofenotypowe, cytogenetyczne, molekularne) |  |  |
|  | Pobranie szpiku z talerza kości biodrowej lub mostka z oceną cytologiczną |  |  |
|  | Ocena preparatów krwi obwodowej i szpiku |  |  |
|  | Wykonanie trepanobiopsji szpiku |  |  |
|  | Wykonanie i ocena barwienia cytochemicznego (PAS, POX, sideroblasty – złogi żelaza) |  |  |
|  | Wykonanie i ocena preparatów z biopsji cienkoigłowej węzła chłonnego (guza) w barwieniu MGG |  |  |
| **SUMA** |  |  |

**PAKIET V**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA** | **CENA ZA 1 BADANIE (W ZŁ BRUTTO)** |
|  | PRACOWNIA UROLOGICZNA | **TRYB NORMALNY** | **TRYB PILNY** |
|  | Rozbijanie kamieni ESWL |  |  |
| **SUMA** |  |  |

**PAKIET VI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA** | **CENA ZA 1 KONSULTACJĘ (W ZŁ BRUTTO)** |
|  | PULMONOLOGIA | **TRYB NORMALNY** | **TRYB PILNY** |
|  | Konsultacje pulmonologiczne udzielane w siedzibie Przyjmującego zamówienie |  |  |
|  | Konsultacje pulmonologiczne udzielane w siedzibie Udzielającego zamówienia |  |  |
| **SUMA** |  |  |

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

Miejscowość i data Podpis

**Załącznik nr 3**

UMOWA NR.......

zawarta w dniu……………….r.

pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalem
Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,** 92-213 Łódź,ul. Pomorska 251, posiadającym NIP 728-22-46-128,REGON 472147559, KRS 0000149790, reprezentowanym przez:

- dr n. med. Monikę Domarecką - Dyrektora

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

**§1.**

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek świadczeniakonsultacji/badań specjalistycznych,których wykaz wraz z aktualnymi cenami stanowi Załącznik nr 1 do oferty.

**§2.**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada wszelkie kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie
z zasadami wiedzy medycznej oraz obowiązującymi standardami realizacji badań.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że będzie wykonywał badania objęte umową
w pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury medycznej posiadających wymagane certyfikaty i zgodne z wymogami odrębnych przepisów atesty oraz spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach, w tym wymagania sanitarno-epidemiologiczne oraz standardy określone przez NFZ.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie, w przypadku wystąpienia sytuacji, której nie mógł przewidzieć, prawo do zlecenia konsultacji/badań innych niż objęte przedmiotem konkursu, o ile są one świadczone przez Przyjmującego zamówienie, według cennika Przyjmującego zamówienie na dzień podpisania umowy. Do powyższych konsultacji zastosowanie ma również § 6 ust. 4 umowy.
5. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń w siedzibie Przyjmującego zamówienie, mających odpowiednie kwalifikacje – 1 osoba.
6. Terminy wykonania świadczenia i przekazania wyniku nie mogą być dłuższe niż 48 h
od czasu zlecenia oraz 12 h w przypadku świadczeń pilnych.

**§3.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

1. Udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie i na warunkach określonych przez NFZ
w warunkach ogólnych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach obowiązujących
w Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej i zgodnie z wymogami NFZ.
3. Zapewnienia dostępu do dokumentacji medycznej osób badanych.
4. Przestrzegania praw pacjenta.
5. Uznania prawa NFZ do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie
z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia
z dyrektorem oddziału Funduszu.
6. Poddania się kontroli Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowości wykonania usługi.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w terminie 7 dni od daty podpisania umowy
do umieszczenia w „Portalu Świadczeniodawcy” NFZ informacji o zakresie i czasie obowiązywania umowy.

**§4.**

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzona przy udzielaniu świadczeń w zakresie objętym niniejszą umową strony ponoszą solidarnie, chyba że szkoda zostanie wyrządzona umyślnie przez Przyjmującego Zamówienie bądź jest wynikiem rażącego niedbalstwa Przyjmującego zamówienie.
2. 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019, 866).
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu
w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany
jest przedłożyć Udzielającemu zamówienia nowa polisę, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej.

**§5.**

1. Konsultacje/badania będą realizowane na podstawie pisemnych skierowań, podpisanych przez uprawnionego lekarza, składanych zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia.
2. Badanie objęte ofertą jest badaniem kompletnym. Jeżeli istnieje konieczność jego powtórzenia z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, cena za badanie obejmuje jego powtórzenie.
3. W przypadku wystąpienia problemów z wykonaniem danego zlecenia lub przedłużającym się terminem jego realizacji Przyjmujący zamówienie powinien poinformować niezwłocznie kierownika komórki organizacyjnej zlecającej badanie lub lekarza dyżurnego o wszelkich problemach z realizacją zlecenia.
4. Jeżeli w czasie obowiązywania umowy Udzielający zamówienia nie wystawi żadnego skierowania na wykonanie badań ujętych w Załączniku nr 1, Przyjmującemu zamówienie
nie będą przysługiwały żadne roszczenia wynikające z umowy.

**§6.**

1. Za wykonane przez Przyjmującego zamówienie świadczenia Udzielający zamówienia będzie uiszczał opłaty wyliczone w oparciu o **cenę jednostkową wg** **Załącznika nr 1**
do oferty oraz faktyczną liczbę wykonanych w danym okresie świadczeń.
2. Strony ustalają, że faktury za wykonane usługi będą wystawiane, co miesiąc, do 10 dnia następnego miesiąca kalendarzowego.
3. Podstawą do wypłaty wynagrodzenia za wykonane badania o którym mowa w pkt. 1, jest faktura wystawiona przez Przyjmującego zamówienie płatna przelewem na konto bankowe Przyjmującego zamówienie w terminie 45 dni od daty jej wystawienia wraz
z zestawieniem z realizacji umowy wg następującego wzoru:
* Imię i nazwisko pacjenta
* PESEL pacjenta
* Nazwisko lekarza kierującego
* Rodzaj badania
* Liczba badań
* Cena badania

W przypadku niezałączenia do faktury VAT w/w danych zapłata zostanie wstrzymana
do dnia uzupełnienia zestawienia.

1. Przyjmujący zamówienie zapewnia niezmienność cen co najmniej przez pierwszy rok trwania umowy. Po upływie roku Udzielający zamówienia dopuszcza zmianę cen jednakże w wielkości nie większej niż udokumentowany wzrost kosztów Przyjmującego zamówienie oraz średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowany przez GUS.
2. Oświadczamy, że niniejszy numer rachunku bankowego: ………………………………………………….., jest taki sam jak numer rachunku na białej liście podatników VAT. Wyżej wskazany nr rachunku bankowego będzie zgodny z podanym
na fakturze VAT Przyjmującego zamówienie. W przypadku zmiany nr rachunku informacje o zmianie przekażemy niezwłocznie do Udzielającego zamówienie.

**§7.**

1. Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia ………………do dnia……………..**
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem dwumiesięcznego pisemnego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

**§8.**

* 1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych zgodnie
	z powszechnie obowiązującymi przepisami, a w szczególności zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
	2. Strony oświadczają, że każda z nich jest odrębnym administratorem danych osobowych -
	w szczególności w odniesieniu do danych osobowych osób podlegających badaniu,
	a przetwarzanie danych odbywa się w związku z ich udostępnieniem, a nie powierzeniem
	do przetwarzania.

**§9**.

* + - 1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie:
1. nie udokumentuje zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej
w terminie 30 dni od daty podpisania umowy.
2. narazi pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia nienależycie wykonując przedmiot umowy.
3. utraci uprawnienia bądź możliwość realizacji świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia.
4. rażąco naruszy istotne postanowienia umowy i pomimo uprzedniego pisemnego wezwania do zaniechania naruszeń, nadal się ich dopuszcza.

**§10.**

Prawa i obowiązki Przyjmującego zamówienie wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez zgody Udzielającego zamówienia.

**§11.**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności leczniczej.

**§ 12.**

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

……………………………….…………. ………………………………………………

**Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia**