**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.lodz.pl](http://www.csk.lodz.pl)

## Postępowanie konkursowe

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez personel medyczny

**- pielęgniarki/pielęgniarzy**

**w zakresie psychiatrii.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 08.05.2023 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI

KONKURSU OFERT (zwane dalej “SWKO”)

**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 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 poz.633 z późn. zm.), oraz ustawy   
z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.).

**III. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT I CZAS TRWANIA UMOWY:**

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy (kod CPV: 85141200-1) w zakresie całodobowej opieki w dni powszednie i świąteczne   
w następujących specjalnościach:

* **psychiatria.**

Oferent zobowiązany będzie do wypracowania minimum 84 godzin w ciągu miesiąca   
z wyłączeniem nieobecności Przyjmującego zamówienie niezależnych od Udzielającego zamówienia (np. choroba).

Umowy zostaną zawarte na okres **3 lat.**

Mile widziany kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

**IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:

1. są podmiotami, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022 poz.633 z późn. zm.), **z zastrzeżeniem, że wykonują zawód   
   w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej,**
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 zamówienia w zakładce: Ogłoszenia – Konkursy – Aktualne pt. „Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny – pielęgniarki/pielęgniarzy w zakresie psychiatrii”, 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 – Aktualne pt. „Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny – pielęgniarki/pielęgniarzy z zakresu psychiatrii”.
6. Osoby uprawnione do kontaktów z Oferentami: mgr Dorota Kwiatkowska, Jarosław Rzepkowski 42 675 75 88. Informacji dotyczących konkursu udziela się w godz. 10.00 - 14.00.

**VI. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERT:**

1. Oferta powinna zawierać:
2. formularz ofertowy - Załącznik nr 1,
3. oświadczenie - Załącznik nr 2,
4. wypełnioną i podpisaną ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych   
   – Załącznik nr 3,
5. podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4,
6. oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5,
7. właściwe zaświadczenie z rejestru indywidualnych praktyk/indywidualnych specjalistycznych praktyk,
8. informację o prowadzonej działalności z Centralnej Ewidencji i Informacji   
   o Działalności Gospodarczej,
9. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe m.in. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia szkoły medycznej, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne,
10. kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej zgodnie   
    z obowiązującymi przepisami prawa,
11. kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy,
12. kopię dokumentu potwierdzającego odbycie szkolenia BHP,
13. zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
14. 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.
15. Oferent składa ofertę na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
16. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
17. Oferta powinna być trwale spięta i mieć ponumerowane strony.
18. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
19. 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.
20. 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.
21. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę   
    z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie 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. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**IX. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:**

Ofertę należy złożyćw zamkniętej kopercie oznaczonej:

**„Konkurs ofert na świadczenie usług zdrowotnych**

**przez personel medyczny - pielęgniarki/pielęgniarzy w zakresie psychiatrii.**

**Nie otwierać przed 17.05.2023 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 17.05.2023 r. o godz. 10.00.**

3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 17.05.2023 r. o godz. 10.30** w pok. 405D   
w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.

* + - 1. Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.
      2. 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.
      3. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę   
         i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.
      4. Wyniki konkursu zostaną zamieszczone na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl) i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.
      5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

**X. KRYTERIA OCENY OFERT:**

Dokonując wyboru ofert Udzielający zamówienia kieruje się następującym kryterium:

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

1. zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. **Cena -** **100 %**.

**XI. ODRZUCA SIĘ OFERTĘ:**

złożoną przez Oferenta po terminie;

zawierającą nieprawdziwe informacje;

jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;

jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;

jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienie;

złożoną przez Oferenta, z którym została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie   
w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

**XII.** **UZUPEŁNIENIE OFERTY:**

1. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Zamawiający 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.

**XIII. UNIEWAŻNIENIE KONKURSU:**

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

nie wpłynęła żadna oferta;

1. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
2. odrzucono wszystkie oferty;
3. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
4. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. 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.

**XIV. 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. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.).
2. Środki odwoławcze nie przysługują na :

niedokonanie wyboru Oferenta,

unieważnienia postępowania konkursowego.

**XV. WARUNKI UMOWY:**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty   
   - w zależności od potrzeb Udzielającego zamówienia.
2. Udzielający zamówienia podpisze umowę z Oferentem/Oferentami, wybranym   
   w postępowaniu konkursowym w terminie do 14 dni od dnia wyboru oferty. Postanowienia umowy zawarto w projekcie umowy, który stanowi załącznik nr 4.
3. Nie podpisanie umowy przez Przyjmującego zamówienie w terminie, o którym mowa   
   w pkt 2 powoduje wykluczenie go z postępowania.

**XVI. ZAŁĄCZNIKI:**

1. Dane o Oferencie - dokładny adres, nr PESEL, telefon/fax., numer rachunku bankowego   
   – Załącznik nr 1;
2. Oświadczenie Oferenta - Załącznik nr 2;
3. Wypełniona i podpisana oferta cenowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych   
    – Załącznik nr 3;
4. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
5. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5.

**XVII. 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 **przez personel medyczny   
- pielęgniarki/pielęgniarzy w zakresie psychiatrii.**

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA**

Imię i nazwisko ………......................................................................................................................

Adres zamieszkania ……….……………………………………………..……………………...............…….…….. ………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

PESEL ............................................................................................................................................

Zawód .............................................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu ....................................................................................................

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) ..............................................................................

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

Nr dokumentu specjalizacji ...........................................................................................................

Firma przedsiębiorcy: .......................................................…………………………………………….……… ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

NIP ................................................... REGON................................................................................

Adres do korespondencji ………………………………………….…….………………………………………………..

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………….……………..….

Numer telefonu: …………………………………………….……………………………….………………………………

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**

…………….. zł brutto - kwota z 1 godzinę wykonywanych świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny pielęgniarki/pielęgniarzy w zakresie **psychiatrii**.

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

/ data / / podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 4 projekt**

**UMOWA NR ……..**

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– Dyrektora

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 (usług pielęgniarskich) w Szpitalu zgodnie z posiadanymi przez osoby realizujące zamówienie kwalifikacjami.
2. Zakres zadań wykonywanych przez Przyjmującego zamówienie zawiera Załącznik nr 1PP   
   do niniejszej umowy.
3. Miejscem wykonywania świadczeń są Izba Przyjęć/Kliniki Psychiatryczne Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wypracowania minimum 84 godzin w ciągu miesiąca z wyłączeniem nieobecności Przyjmującego zamówienie niezależnych   
   od Udzielającego zamówienia (np. choroba).
5. Wypracowanie mniejszej, niż podana powyżej liczba godzin bez zgody z-cy Dyrektora   
   ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa/pielęgniarki oddziałowej/osoby pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej, skutkować będzie obniżeniem o 20% kwoty wynagrodzenia przysługującego za dany miesiąc.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy w dniach   
   i godzinach uzgodnionych z osobą koordynującą. Osobą koordynującą harmonogram świadczenia usług jest osoba wskazana przez Udzielającego zamówienia*.*
7. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek wykonywania procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zleceń osób nadzorujących   
   i kontrolujących wykonywanie świadczeń, zgodnych z przepisami prawa i zakresem udzielanych przez Przyjmującego zamówienie świadczeń.

**§ 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 zamówienia.

**§ 3**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

posiada aktualny wpis do właściwego rejestru,

legitymuje się kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych,

zna prawa pacjenta,

nie był karanyza 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.

**§ 5**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

znajomości i przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów,   
w szczególności bhp i p-poż.,

posiadania w trakcie trwania umowy, przez osoby realizujące świadczenia aktualnych badań lekarskich,

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 zamówienia oraz zgodnie z wymogami NFZ oraz przepisami o zasadach prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej,

przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym,

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, liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, terminowych realizacji zaleceń pokontrolnych,

przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli prowadzonej przez uprawnionych przedstawicieli Udzielającego zamówienia   
i NFZ,

przestrzegania praw pacjenta,

niepobierania opłat od pacjentów Udzielającego zamówienia z jakiegokolwiek tytułu,

zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku   
z wykonywaniem niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa   
w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji oraz podlegają ochronie w rozumieniu aktualnie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych.

Tajemnica ta obowiązuje zarówno w czasie trwania umowy, jak i po jej zakończeniu   
– pod rygorem odpowiedzialności odszkodowawczej,

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),

zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku   
z wykonywaniem niniejszej umowy,

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),

nie udostępniania danych osobowych poza przypadkami, które są jasno przewidziane umową lub wynikają z przepisów prawa,

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,

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,

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,

wykonywania zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem oraz Standardami Akredytacyjnymi.

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej   
   w zakresie działalności objętej umową samodzielnie rozlicza się z Urzędem Skarbowym.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i opłaca należne składki ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego.

**§ 6**

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 zamówienia aktualnej umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.
3. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
4. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za jakość i skutki wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialność odszkodowawczą 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.
5. Przyjmujący zamówienie wobec Udzielającego zamówienia ponosi pełną odpowiedzialność   
   za szkody wyrządzone podczas realizacji umowy wynikające z niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków wynikających z niniejszej umowy, w tym również   
   z niewłaściwego lub niedbałego użytkowania pomieszczeń, powierzonego sprzętu   
   i aparatury.

**§ 7**

* 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.

**§ 8**

1. W sytuacji braku możliwości wykonania obowiązków wynikających z niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez wskazanie zastępcy działającego w jego imieniu oraz posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania przedmiotu umowy, po uprzednim uzgodnieniu   
   z Udzielającym zamówienia (z-cą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa/pielęgniarką oddziałową/osobą pełniącą obowiązki pielęgniarki oddziałowej). 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 podmioty trzecie, którym zlecił wykonanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy jak za własne czyny.

**§ 9**

Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie zgodne z formularzem ofertowym stanowiącym Załącznik nr 3 do niniejszej umowy.

**§ 10**

1. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest faktura potwierdzona, 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 faktury, o której mowa w ust. 1.

**§ 11**

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.

**§ 12**

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

**§ 13**

1. Umowa ulega rozwiązaniu:

z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;

wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia przypadającego na ostatni dzień miesiąca, bez podania przyczyny;

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. udzielając świadczeń zdrowotnych w sposób zawiniony lub na skutek rażącego niedbalstwa naraził pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia,
3. stwierdzenia nieprawidłowości i nierzetelności w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem umowy przez Udzielającego zamówienia lub Narodowy Fundusz Zdrowia,
4. nie udokumentował po upływie okresu trwania umowy ubezpieczenia   
   od odpowiedzialności cywilnej obowiązującej w dniu zawarcia umowy, faktu zawarcia nowej umowy ubezpieczenia o której mowa w § 6 ust. 1 i 2, najpóźniej   
   w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
5. 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:
6. likwidacji Udzielającego zamówienia,
7. wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ   
   na świadczenia objęte niniejszą umową.

**§ 14**

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.

**§ 15**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową znajdują zastosowanie przepisy ustawy   
   z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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 1PP.**

Zakres zadań wykonywanych przez Przyjmującego zamówienie obejmuje w szczególności:

**Część A – dotycząca całego Szpitala:**

* 1. Przestrzeganie ustalonego czasu pracy, wykorzystywanie go w sposób jak najbardziej efektywny.
  2. Przestrzeganie prawa, wewnętrznych aktów normatywnych (instrukcji, regulaminów, procedur) oraz obowiązujących norm etycznych.
  3. Zachowanie w tajemnicy (również po rozwiązaniu umowy) informacji dotyczących danych osobowych pracowników, studentów, pacjentów zgodnie z RODO oraz aktualnie obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.
  4. Noszenie w czasie pracy odzieży roboczej oraz identyfikatora.
  5. Dbanie o korzystny wizerunek Szpitala w kontaktach zewnętrznych i wewnętrznych.
  6. Realizowanie decyzji i poleceń kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami   
     o podobnym charakterze.
  7. W przypadku, gdy z uzasadnionych przyczyn nie może prawidłowo wykonać prac wymienionych w obowiązującym ją zakresie czynności lub obowiązujących przepisów   
     i otrzymanych poleceń, natychmiast powinna o tym powiadomić osobę zlecającą prace/osobę koordynującą zlecone prace z podaniem uzasadnienia.
  8. Informowanie lekarza dyżurnego o wszelkich stwierdzonych awariach i nieprawidłowych zdarzeniach.
  9. Dbanie o mienie Szpitala w szczególności poprzez:
* utrzymywanie w należytym stanie i gotowości narzędzi, sprzętu, aparatury niezbędnej do udzielania pierwszej pomocy, wykonywania zabiegów medycznych   
  i opieki nad pacjentami,
* oszczędne gospodarowanie zasobami kliniki/oddziału,
* zgłaszanie pielęgniarce oddziałowej/osobie pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej/z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa każdego zauważonego faktu zaginięcia, zniszczenia lub uszkodzenia wyposażenia kliniki/oddziału,
* zgłaszanie usterek odpowiednim jednostkom podczas nieobecności pielęgniarki oddziałowej/osoby pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej/z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa.
  1. Poddawanie się zleconym badaniom lekarskim i stosowanie się do wskazań lekarskich.
  2. Niezwłoczne zawiadomienie pielęgniarki oddziałowej/ osoby pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej o niemożności stawienia się do pracy, a w przypadku jej nieobecności z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa/Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa.
  3. Uzyskiwanie każdorazowo zgody pielęgniarki oddziałowej/osoby pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej na opuszczenie miejsca pracy, a w przypadku jej nieobecności   
     z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa/Dyrektora ds. Pielęgniarstwa   
     i Położnictwa.
  4. Wykonywanie innych poleceń zgodnych z przepisami prawa i ustalonym w umowie rodzajem wykonywanych świadczeń.

**Część B – dotycząca działalności medycznej:**

1. Systematyczne doskonalenie własnych umiejętności zawodowych poprzez samokształcenie, udział w różnych formach szkoleniach zawodowego.
2. Przekazywanie współpracownikom informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentów   
   i opieki nad pacjentami.
3. Wprowadzanie w system informatyczny danych dotyczących pacjentów.
4. Prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej.
5. Udzielanie pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia.
6. Tworzenie środowiska terapeutycznego kliniki/oddziału poprzez przestrzeganie zasad nawiązywania i utrzymywania kontaktu z pacjentem.
7. Udział w opracowaniu nowych metod pracy na rzecz poprawy jakości świadczeń pielęgniarskich.
8. Wykonywanie zaplanowanych czynności pielęgniarskich z wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej i praktyką zawodową,
9. Wykonywanie zleceń lekarskich.

**Część C – dotycząca pacjenta:**

1. Udzielanie pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia.
2. Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa w szczególności poprzez:
   * obserwację stanu fizycznego i psychicznego pacjentów,
   * natychmiastowe zgłaszanie lekarzowi zauważonych u pacjentów objawów pogorszenia stanu zdrowia i przypadków łamania Regulaminu Szpitala,
   * zabezpieczenie sprzętu i pomieszczeń mogących stanowić zagrożenie dla pacjentów,
   * wykonywanie czynności pielęgniarskich zgodnie z zasadami profilaktyki zakażeń szpitalnych.
3. Udzielanie porad pielęgniarskich pacjentom w trakcie hospitalizacji oraz wypisywanym ze Szpitala (promocja zdrowia, profilaktyka).

Pielęgniarka/Pielęgniarz ponosi odpowiedzialność za:

1. Prawidłową realizację powierzonych jej zadań z zachowaniem sumienności, bezstronności.
2. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.
3. Zapewnienie bezpieczeństwa psycho-fizycznego pacjentom.
4. Przestrzeganie zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych.
5. Przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.
6. Przestrzeganie praw pacjentów, Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz Kodeksu Etyki Zawodowej.
7. Przestrzeganie przepisów i zasad BHP i przepisów ppoż. na stanowisku pracy.
8. Powierzone składniki majątku Szpitala (CSK UM).
9. Ochronę przetwarzanych danych osobowych.
10. Decyzje podjęte oraz za nie podjęcie decyzji w sytuacjach tego wymagających.

Powyższy zakres obowiązków i odpowiedzialności przyjmuję do wiadomości i ścisłego przestrzegania.

**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/