**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

**przez personel medyczny.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź 24.05.2023 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 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.)

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

Przedmiotem konkursu jest świadczenie usług zdrowotnych przez personel medyczny na potrzeby Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
CPV 85141000-9. Przedmiot podzielono na 3 części:

1. świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy specjalistów psychiatrii oraz psychologów w Poradniach Zdrowia Psychicznego Klinik Psychiatrycznych. Zamawiający wymaga, aby osoby wykonujące usługi posiadały następujące kwalifikacje:

Psycholog:

* mgr psychologii,
* psycholog kliniczny (diagnoza psychologiczna, porady i terapia psychologiczna i/lub specjalizacja z psychologii klinicznej),
* uczestnictwo w superwizji indywidualnej lub grupowej,
* własne doświadczenie uczestniczenia w terapii (trening interpersonalny, własna psychoterapia indywidualna lub grupowa) ,

Osoba prowadząca psychoterapię (lekarz, mgr pielęgniarstwa, mgr psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii) spełniająca warunki:

* z udokumentowanym co najmniej 2 letnim doświadczeniem w pracy klinicznej,
* posiadającej certyfikat psychoterapeuty lub ukończony 2 rok szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty atestowanych przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne lub Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

 Lekarz:

* tytuł specjalisty lub II stopień specjalizacji z zakresu psychiatrii.
1. świadczenie usług zdrowotnych przez pielęgniarki oraz ratowników:

dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, udokumentowane doświadczenie w pracy na oddziałach psychiatrycznych, mile widziany kurs kwalifikacyjny w  dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, mile widziana specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;

1. świadczenia usług przez lekarzy specjalistów i psychologów, pielęgniarki oraz pracownika socjalnego (terapeuty środowiskowego) w zespole leczenia środowiskowego (domowego) – wizyty wyjazdowe.

Czas pracy personelu medycznego będzie określony wg. harmonogramu uzgodnionego przez strony.

Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość złożenia oferttylkow całościowym zakresie.

Umowy zostaną zawarte na okres 3 lat.

**IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

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

1. są podmiotami leczniczymi, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej (tj 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 zamówienia w zakładce: Ogłoszenia – Konkursy – Aktualne pt. „Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny”, 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”.
6. Osoby uprawnione do kontaktów z Oferentami: Jarosław Rzepkowski, Dorota Kwiatkowska 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 3A, 3B, 3C,
5. podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4,
6. oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5;
7. informację o prowadzonej działalności z Centralnej Ewidencji i Informacji
o Działalności Gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
8. kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa,
9. zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
10. 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.
11. Oferent składa ofertę na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
12. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
13. Oferta powinna być trwale spięta i mieć ponumerowane strony.
14. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
15. 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.
16. 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.
17. 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”.**

**Nie otwierać przed 02.06.2023 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 02.06.2023 r. o godz. 10.00.**
2. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 02.06.2023 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.

**X. KRYTERIA OCENY OFERT:**

Dokonując wyboru ofert komisja konkursowa kieruje się następującym kryterium:

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

2. Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. **Cena -** **100 %**.

**XI. OPIS SPOSOBU ZAWARCIA UMOWY:**

Zawarcie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne następuje na podstawie wyniku konkursu ofert. Udzielający zamówienia

**XII. 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.

**XIII.** **UZUPEŁNIENIE OFERTY:**

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

**XIV. UNIEWAŻNIENIE KONKURSU:**

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
	1. nie wpłynęła żadna oferta;
	2. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
	3. odrzucono wszystkie oferty;
	4. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
	5. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

**XV. 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 (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.).
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
	1. niedokonanie wyboru Oferenta,
	2. unieważnienia postępowania konkursowego.

**XVI. 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.

**XVII. ZAŁACZNIKI:**

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

**XVIII. 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 skutkować́ brakiem możliwości realizacji celu, na który wyrażono zgodę̨.

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 międzynaro -dowych.

**Załącznik nr 1**

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez personel medyczny.**

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**NIP……………………………REGON**……………………………

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**ADRES MAILOWY**

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

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

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

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

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

**Oferent zobowiązany jest do bieżącej aktualizacji powyższych danych w okresie trwania umowy.**

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

 / 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

 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. Personel, którym dysponuję posiada wiedzę niezbędną do wykonania świadczeń będących przedmiotem umowy.
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. Oświadczamy, iż osoby, które będą wykonywały usługi mają odpowiednie kwalifikacje i posiadają dokumenty potwierdzające wykształcenie i uprawnienia do wykonywania czynności na danym stanowisku. Zobowiązujemy się do okazania w/w dokumentów na żądanie Zamawiającego.
7. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie
z aktualnie obowiązującymi przepisami – Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. 1000).
8. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

 ………………………………………………

 /data, pieczątka i podpis Oferenta

**Załącznik nr 3A**

**OFERTA CENOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

 (nazwa i adres Oferenta)

Oferujemy wykonanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów i lekarzy specjalistów zgodnie z kalkulacją:

|  |
| --- |
| **KALKULACJA CENOWA** |
| **Rodzaj świadczenia** | **stawka w zł. brutto za 1 pkt.** |
| Lekarz specjalista (Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych) |  |
| Lekarz specjalista (Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży) |  |
| Lekarz specjalista (Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - Wierzbowa) |  |
| Psycholog |  |
| Psychoterapeuta |  |

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

 / data / / podpis Wykonawcy/

**Załącznik nr 3B**

 (nazwa i adres Oferenta)

Oferujemy wykonanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny zgodnie z kalkulacją:

|  |
| --- |
| **KALKULACJA CENOWA** |
| **Rodzaj świadczenia** | **stawka w zł. brutto za 1 godz.** |
| Pielęgniarka |  |
| Ratownik |  |

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

 / data / / podpis Wykonawcy/

**Załącznik nr 3C**

 (nazwa i adres Oferenta)

Oferujemy wykonanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny w zespole leczenia środowiskowego (domowego) zgodnie n/w kalkulacją:

|  |
| --- |
| **KALKULACJA CENOWA** |
| **Rodzaj świadczenia** | **stawka w zł. brutto za 1 pkt.** |
| Lekarz specjalista |  |
| Lekarz specjalista – wizyty domowe |  |
| Psycholog |  |
| Psychoterapeuta |  |
| Pielęgniarka |  |
| Terapeuta środowiskowy |  |
| Konsultacje w zespole leczenia środowiskowego  |  |

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

 / data / / podpis Wykonawcy/

**Załącznik nr 4 – projekt umowy**

**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 w Szpitalu zgodnie z posiadanymi przez osoby realizujące zamówienie kwalifikacjami.
2. Miejscem wykonywania świadczeń są Kliniki/Poradnie Psychiatryczne Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
3. 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*.*
4. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek wykonywania procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.
5. 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 – na każde żądanie Udzielającego zamówienia.

**§ 3**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:
	1. posiada aktualny wpis do właściwego rejestru,
	2. legitymuje się kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych,
	3. zna prawa pacjenta,
	4. nie był karanyza wykroczenia zawodowe.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w przypadku zatrudnienia personelu przy udziale którego będzie realizował usługi, zobowiązuje się zapewnić aby osoby wykonujące świadczenia nie były karane za wykroczenia zawodowe oraz legitymowały się kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych, w zakresie objętym umową.

**§ 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:

* 1. znajomości i przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów,
	w szczególności bhp i p-poż.,
	2. posiadania w trakcie trwania umowy, przez osoby realizujące świadczenia aktualnych badań lekarskich,
	3. 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,
	4. przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym,
	5. 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,
	6. przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli prowadzonej przez uprawnionych przedstawicieli Udzielającego zamówienia i NFZ,
	7. przestrzegania praw pacjenta,
	8. niepobierania opłat od pacjentów Udzielającego zamówienia z jakiegokolwiek tytułu,
	9. 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 ustawy o ochronie danych osobowych.

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

* 1. 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. 2018. 1000),
	2. zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku z  wykonywaniem niniejszej umowy,
	3. ochrony i przetwarzania danych osobowych do których będzie miał dostęp lub które zostaną mu przekazane według przepisów zawartych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781),
	4. nie udostępniania danych osobowych poza przypadkami, które są jasno przewidziane umową lub wynikają z przepisów prawa,
	5. 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,
	6. 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,
	7. 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,
	8. wykonywania zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Systemem Zarządzania Jakością, 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. Udzielający świadczeń zdrowotnych 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 osobą koordynującą i Udzielającym zamówienia. Koszty zastępstwa ponosi Przyjmujący zamówienie.
		1. Zlecenie przez Przyjmującego zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy osobom trzecim wymaga uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.
		2. 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. Udzielający Zamówienia ma prawo do naliczenia Przyjmującemu Zamówienie kary umownej w przypadku nienależytego wykonania lub niewykonania obowiązków wynikających z umowy, z winy Przyjmującego zamówienie w wysokości 2% wynagrodzenia miesięcznego brutto należnego za miesiąc, w którym nastąpiło zdarzenie.
2. Kara umowna, płatna będzie na podstawie noty obciążeniowej wystawionej przez Udzielającego zamówienia, poprzez potrącenie wynagrodzenia za kolejny miesiąc.

**§ 12**

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

**§ 13**

* + 1. Umowa ulega rozwiązaniu:
	1. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia bez podania przyczyny;
	2. 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 zamówienie 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 – w terminie określonym § 6 ust. 1,
1. 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:
2. likwidacji Udzielającego zamówienia,
3. wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ na świadczenia objęte niniejszą umową.

**§ 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 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 reprezentowany przeze mnie podmiot leczniczy……………………………………………….

**JEST/NIE JEST\* 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/