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 w zakresie

**chorób płuc.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 27.11.2023 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI

KONKURSU OFERT (zwane dalej “SWKO”)

Działając na podstawie art.26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.), oraz przepisów art.140, art.141, art.146 ust.1, art.147, art.148 ust.1, art.149, art.150, art.151 ust.1,2,4-6, art.152, 153 i art.154 ust.1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251, jako Udzielający zamówienia przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

1. **OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU:**

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych (usług lekarskich) z zakresu chorób płuc w Poradni Pulmonologicznej dla Dzieci Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi - Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii przy ul. Pankiewicza 16 w Łodzi (CPV 85121200-5: Specjalistyczne usługi medyczne).

1. **OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**
2. Do konkursu mogą przystąpić Oferenci, którzy:

* wykonują działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej   
  (Dz.U. 2023 poz. 991 z późn. zm.), z zastrzeżeniem, że wykonują zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej,
* posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych w w/w zakresie.

1. Każdy Oferent może przedłożyć w niniejszym postępowaniu tylko jedną ofertę (jeden komplet dokumentów, składający się na ofertę, zgodnie z załączonym wzorem oferty wraz z wymaganymi załącznikami).
2. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim.
3. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
4. Wszystkie załączniki oferty dla swojej ważności winny być podpisane, a kopie dokumentów potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
5. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
6. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
7. W przypadku braku jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub gdy oferta zawiera braki formalne Udzielający zamówienia wzywa do uzupełnienia dokumentów lub usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
8. **TERMIN WYKONANIA UMOWY:**

Umowa z wybranym Oferentem zostanie podpisana na okres 3 lat.

1. **OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W KONKURSIE ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIENIA TYCH WARUNKÓW:**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, którzy:

* + - 1. zapoznają się i zaakceptują wszystkie wymagania SWKO;
      2. przedłożą wszystkie dokumenty wymagane postanowieniami SWKO;
      3. zaproponują najkorzystniejszą cenę, w której zawierać się będą wszystkie koszty, jakie Oferent musi ponieść, aby wykonać przedmiot zamówienia (zgodny z opisem SWKO).

Ocena spełnienia wymagań zostanie przeprowadzona na podstawie złożonych przez Oferenta dokumentów przy zastosowaniu formuły spełnia/nie spełnia. Oferty niespełniające wymagań zostaną odrzucone.

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

Oferta winna zawierać:

1. dane o Oferencie: dokładny adres, nr PESEL, telefon/fax., nr rachunku bankowego – Załącznik nr 1;
2. oświadczenie Oferenta - Załącznik nr 2;
3. wypełnioną i podpisaną ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
4. podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
5. oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5;
6. zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru;
7. kopię ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia   
   29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz.866 z późn. zm.);
8. kopię dyplomu ukończenia wyższej szkoły medycznej;
9. kopię prawa wykonywania zawodu;
10. kopię dyplomu uzyskania tytułu specjalisty;
11. kopię dyplomu uzyskania stopnia/tytułu naukowego oraz kopie innych dokumentów potwierdzających nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania;
12. kopię wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską lub zaświadczenie, że Oferent dostarczy w/w dokument w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu;
13. Kopię aktualnego certyfikatu ochrony radiologicznej pacjenta – jeśli dotyczy;
14. kopię dokumentu potwierdzającego odbycie okresowego szkolenia BHP (z uwzględnieniem pracy   
    w polu elektromagnetycznym i jonizującym – jeśli dotyczy);
15. kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy.
16. **INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ:**

Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty osobiście lub na piśmie.

Osoby uprawnione do kontaktów z Oferentami:

od strony proceduralnej - mgr Patrycja Wójcik 42 675-75-88

Informacji dotyczących konkursu udziela się w godz. 10.00 - 14.00.

1. **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

1. **MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT:**

Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie oznaczonej:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie chorób płuc”.**

Nie otwierać przed **05.12.2023 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 **05.12.2023 r. o godz. 10.00.**

3. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **05.12.2023 r. o godz. 10.30** w pok. 405D Szpitala, 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.

1. **KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY:**
   * + 1. Oceniane będą tylko te oferty, które spełniają w całości wymagania SWKO.
       2. Udzielający zamówienia wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. 100 % cena.
2. **OPIS SPOSOBU ZAWARCIA UMOWY:**

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

1. **ODRZUCA SIĘ OFERTĘ:**

Złożoną przez Oferenta po terminie.

Zawierającą nieprawdziwe informacje.

* + - 1. Jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej.
      2. Jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.
      3. Jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów.
      4. Jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną.
      5. Jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa   
         oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienie.
      6. 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.

1. **UNIEWAŻNIENIE KONKURSU:**
2. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
3. nie wpłynęła żadna oferta,
4. wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2,
5. odrzucono wszystkie oferty,
6. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył   
   na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
7. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
8. 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.

### USTALENIA KOŃCOWE:

* + - 1. Konkurs ofert będzie ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta.
      2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie związania ofertą.

1. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 152   
   i 153 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych   
   ze środków publicznych Oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo   
   do złożenia do Udzielającego zamówienia protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.
2. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 152   
   i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych   
   ze środków publicznych Oferentowi przysługuje prawo do złożenia do Zamawiającego odwołania   
   w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert oraz zmiany terminu ich składania bez podania przyczyny.
4. **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:**
5. Dane o Oferencie: dokładny adres, nr PESEL, telefon/fax., nr rachunku bankowego – Załącznik nr 1;
6. Oświadczenie Oferenta – Załącznik nr 2;
7. Wypełniona i podpisana oferta cenowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
8. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
9. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5.
10. **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.
9. 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.
10. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

**Załącznik nr 1**

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu **chorób płuc.**

**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 …………………………...…………………………………………………………………………….

**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 ……...................................

**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 (Dz. U. 2019 poz. 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\***

* ……… % od zrealizowanego, potwierdzonego i zapłaconego pkt z NFZ po wcześniejszym odliczeniu kosztów wykonanych badań.

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

/ data / / podpis Wykonawcy /

**Załącznik nr 4**

**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 zamówienie”**

a ……………………………………………………………………………………………………………

zwanym w dalszej części umowy **„Przyjmującym zamówienie”**

**§ 1**

* 1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc, zgodnie z posiadanymi przez osoby wykonujące zamówienie kwalifikacjami.
  2. Miejscem wykonywania świadczeń, o których mowa w ust. 1 jest Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej 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.
  5. Zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień stanowi Załącznik nr 1 do umowy.

**§ 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 zamówienie 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 zamówienie przepisów,   
     w szczególności bhp i p-poż,
  3. posiadania w trakcie trwania umowy aktualnych badań lekarskich,
  4. posiadania aktualnego zaświadczenia o ukończeniu okresowego szkolenia w dziedzinie BHP,
  5. przebywać w godzinach dla niego ustalonych na terenie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii   
     w Łodzi, zgodnie z harmonogramem (akceptowanym przez Udzielającego zamówienia),
  6. 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,
  7. przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym,
  8. 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,
  9. przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli prowadzonej przez uprawnionych przedstawicieli Udzielającego zamówienia i NFZ,
  10. przestrzegania praw pacjenta,
  11. niepobierania opłat od pacjentów udzielającego zamówienie z jakiegokolwiek tytułu,
  12. 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,
  13. 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 (tj. Dz.U. 2019.1781 z późn. zm.),
  14. nie udostępniania danych osobowych poza przypadkami, które są jasno przewidziane umową lub wynikają z przepisów prawa,
  15. 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,
  16. wykonywania zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Systemem Zarządzania Jakością, Systemem Bezpieczeństwa oraz Standardami Akredytacyjnymi.
  17. 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,
  18. 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,

2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.

1. 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 zamówienia 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: zgodnie z formularzem ofertowym stanowiącym Załącznik nr 3.

**§ 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 § 7 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 15.04.2011 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 1 do umowy

**Zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień**

* + 1. **OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW:**
  1. Przestrzeganie zarządzeń i regulaminów wewnętrznych Szpitala.
  2. Wykonywanie zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Zintegrowanym Systemem Zarządzania oraz Standardami Akredytacyjnymi.
  3. Sumienne i dokładne wykonywanie prac, związanych z zakresem działania.
  4. Przestrzeganie zasad współżycia społecznego i dbałość o dobre imię Szpitala.
  5. Przestrzeganie dyscypliny pracy, przepisów dotyczących zasad BHP i p-poż.
  6. Przestrzeganie tajemnicy służbowej.
     1. **SZCZEGÓŁOWY ZAKRES OBOWIĄZKÓW:**

1. Przeprowadzanie procesów diagnostyczno-terapeutycznych u powierzonych jego opiece pacjentów.
2. Wdrożenie właściwego postępowania leczniczego, w przypadkach uzasadnionych skierowanie do leczenia szpitalnego, skierowanie do innych poradni specjalistycznych celem konsultacji lub leczenia.
3. Staranne prowadzenie dokumentacji medycznej chorych leczonych w Poradni.
4. Wykonywanie poleceń i procedur zleconych przez Kierownika Polikliniki.
5. Powiadamianie Kierownika Polikliniki o wszelkich nieprzewidzianych lub wymagających analizy wydarzeniach w Poradni.
6. Stałe podnoszenie własnych kwalifikacji zawodowych.
7. Dzielenie się ze współpracownikami wszelkimi wiadomościami i spostrzeżeniami mogącymi mieć wpływ na jakość diagnozowania i leczenia pacjentów.
8. Nadzorowanie wykonywania przez personel średni zleceń lekarskich.
9. Dbałość o powierzone do wykonywania obowiązków mienie i wykorzystywanie powierzonego sprzętu medycznego zgodnie z przeznaczeniem i instrukcją obsługi.
10. Nadzór nad stanem BHP oraz stanem sanitarnym Poradni.
11. Nadzór, w obowiązującym zakresie, nad systemem zarządzania jakością.
12. Wykonywanie na polecenie bezpośredniego przełożonego innych czynności służbowych związanych z zajmowanym stanowiskiem, nie objętych niniejszym zakresem, a wynikających z bieżących potrzeb.
    * 1. **ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI:**
         1. Przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz praw pacjenta.
         2. Zachowanie tajemnicy służbowej i ochrona danych osobowych przed zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem, niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją.
         3. Przestrzeganie przepisów bhp, ppoż.
         4. Znajomość obowiązujących przepisów, procedur i instrukcji służbowych w dziedzinie ustalonego zakresu czynności.
         5. Dbałość oraz odpowiedzialność za powierzony sprzęt medyczny, aparaturę oraz pozostałe mienie znajdujące się we wskazanym odcinku pracy.
         6. Stosowanie się do wszystkich wymaganych procedur wdrażanych w związku z systemem zarządzania jakością oraz wymogami akredytacyjnymi dla lecznictwa szpitalnego.
         7. Współpraca z rodziną pacjenta oraz zespołem terapeutycznym.
         8. Dbałość o utrzymanie właściwego poziomu sanitarno – epidemiologicznego powierzonego sprzętu   
            i pomieszczeń pracy.

**Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie w jednakowym stopniu dotyczy realizacji powierzonych mu zadań, podejmowania przez niego decyzji oraz inicjatywy wymaganej na jego stanowisku pracy.**

* + 1. **ZAKRES UPRAWNIEŃ:**
    2. Dobieranie właściwych metod i techniki pracy, zgodnie z posiadaną wiedzą i kwalifikacjami oraz przyjętymi normami postepowania.
    3. Możliwość stałego uzupełniania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych.
    4. Zgłaszanie Kierownikowi Polikliniki problemów dotyczących jakości świadczonych usług.
    5. Zgłaszanie i inicjowanie zmian w zakresie doskonalenia metod pracy i udoskonalania świadczonych usług.
    6. Zgłaszanie potrzeby zainicjowania działań korygujących i przedstawianie propozycji zmian   
       w systemie zarządzania jakością.

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

**Dotychczas obowiązujące zakresy tracą moc z dniem podpisania niniejszego zakresu czynności.**

|  |  |
| --- | --- |
| Powierzający obowiązki | Przyjmujący do wiadomości i stosowania |

**Załącznik nr 5**

…………………………………………………………………………………

Pełna nazwa Oferenta/Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

……...................... dnia ……............................

OŚWIADCZENIE OFERENTA

(podatek VAT)

Pan/Pani ……………………………………………………………………………………………………………

oświadczam, że JESTEM/NIE JESTEM\* czynnym podatnikiem VAT.

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/

**REGULAMIN KONKURSU**

***na podstawie przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej***

***(tj. Dz.U. 2023 poz.991 z późn. zm.).***

1. Przedmiot, zasady i warunki konkursu powinny być przedstawione w ogłoszeniu   
   oraz w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty.
3. Postępowanie konkursowe prowadzi Komisja powołana przez Dyrektora Zakładu.
4. Pracami Komisji kieruje przewodniczący.
5. Otwarcie ofert nastąpi w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu o konkursie.
6. Czynności Komisji związane z otwarciem ofert obejmują:
   * + stwierdzenie prawidłowości ogłoszenia konkursu oraz liczby otrzymanych ofert;
     + otwarcie kopert z ofertami;
     + ogłoszenie oferentom, które ze złożonych ofert spełniają warunki określone w warunkach zamówienia, a które zostały odrzucone.
7. W dalszym postępowaniu Komisja dokonuje następujących czynności:
   1. ustala, które z ofert spełniają warunki określone w warunkach zamówienia i zgodnie   
      z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 991   
      z późn. zm.).
   2. odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu i zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.   
      z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.).
   3. przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów;
   4. wybiera najkorzystniejszą ofertę albo ustala, że żadna z ofert nie została przyjęta.
8. W przypadku równorzędności oceny ofert oraz niemożności wyboru najkorzystniejszej oferty, Komisja może zażądać od oferentów dodatkowych wyjaśnień celem rozstrzygnięcia konkursu.
9. Czynności Komisji podlegają wpisaniu do protokołu, który winien zawierać:
   1. oznaczenie miejsca i czasu konkursu;
   2. imiona i nazwiska osób prowadzących konkurs;
   3. liczbę zgłoszonych ofert;
   4. wskazanie ofert odpowiadających warunkom konkursu;
   5. wskazanie ofert nie odpowiadających warunkom konkursu lub z innych przyczyn odrzuconych wraz z uzasadnieniem;
   6. wyjaśnienia i oświadczenia Oferentów;
   7. wskazanie najkorzystniejszej oferty lub stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta   
      wraz z uzasadnieniem;
   8. wzmiankę o odczytaniu protokołu;
   9. podpisy członków Komisji.
10. Wyniki pracy Komisji w postaci dokumentacji oraz wniosków końcowych przewodniczący Komisji przedstawia Dyrektorowi Zakładu celem akceptacji.
11. Oferenci zostają niezwłocznie powiadomieni o zakończeniu postępowania konkursowego   
    i jego wynikach.