

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

Postępowanie konkursowe
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
toksykologicznych konsultacji telefonicznych

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 06.06.2025 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 (tj.2023.991 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 (tj. 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.

I. OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU:

Przedmiotem konkursu jest świadczenie usług lekarskich w zakresie udzielania "toksykologicznych konsultacji telefonicznych" dla Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Pomorskiej 251 (CPV 85111000-o usługi szpitalne).

Konsultacje będą udzielane w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta na zlecenie Udzielającego zamówienia.

Oferent musi posiadać prawo do wykonywania zawodu i tytuł specjalisty (specjalizację) w dziedzinie toksykologii.

II. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

Do konkursu mogą przystąpić Oferenci, którzy:

- wykonują działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj.2023.991 z późn. zm.),
 - posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w oferowanym 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 Zamawiający wzywa do uzupełnienia dokumentów lub usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

III. TERMIN WYKONANIA UMOWY:

Umowa z wybranym Oferentem zostanie podpisana na okres 3 lat.

IV. 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 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.

V. 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., numer 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 z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego;
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. 2019.866);
8. Kopię dyplomu ukończenia wyższej szkoły medycznej;
9. Kopię prawa wykonywania zawodu;
10. Kopię dyplomu uzyskania tytułu specjalisty;
11. Kopię wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską/rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub zaświadczenie, że Oferent dostarczy w/w dokument w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu;
12. Kopię aktualnego zaświadczenia o ukończeniu okresowego szkolenia w dziedzinie BHP;
13. Kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy;

VI. 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: Dorota Kwiatkowska 42 675-75-88

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

VII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:

Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

VIII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie oznaczonej:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie toksykologicznych konsultacji telefonicznych.**

Nie otwierać przed 20.06.2025 r. do godz.10.30.”

w sekretariacie Szpitala - pok. 216 (parter, budynek A-3) w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.

2. **Termin składania ofert upływa dnia 20.06.2025 r. o godz. 10.00.**
3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 20.06.2025 r. o godz. 10.30** w pok. 405D Szpitala, w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.
4. Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.
5. 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.
6. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.
7. Wyniki konkursu zostaną zamieszczone na stronie internetowej www.csk.umed.pl i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.
8. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

IX. 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.**
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty, stosownie do potrzeb Szpitala.

X. ODRZUCA SIĘ OFERTĘ:

1. złożoną przez Oferenta po terminie,
2. zawierającą nieprawdziwe informacje,
4. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
5. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
6. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
7. jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną,
8. jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienie,
9. złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

XI. 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, Udzielający zamówienia może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

XII. USTALENIA KOŃCOWE:

1. Konkurs ofert będzie ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie związania ofertą.
3. 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 Zamawiającego protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.
4. 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.

XIII. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:

1. Dane o Oferencie – nazwa firmy, numer PESEL, adres, telefon/fax., adres e-mail, nr 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;

XIV. KLAUZULA INFORMACYJNA:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy że:

1. Administratorem danych osobowych jest SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź.
 2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego: inspektor.odo@csk.umed.lodz.pl.
 3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:
 - a. 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;
 - b. 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.
9. Na podstawie przekazanych danych Zamawiający ma obowiązek uzyskać informację czy Pani/Pana dane są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze zgodnie z wymogami art. 21 i nast. ustawy z dnia 13 maja 2016r o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U.2023.1304 t.j.).

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych (usług lekarskich) w zakresie toksykologicznych konsultacji telefonicznych:

DANE OFERENTA:

.....
.....
.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....
.....

PESEL:

.....

TELEFON / FAX

.....
.....

E-MAIL

.....

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

.....
.....
.....

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

.....
/ data /

.....
/ podpis Wykonawcy /

.....
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. Oświadczam, że zostałem poinformowany o obowiązkach wynikających z art. 21 i nast. ustawy z dnia 13 maja 2016r o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U.2023.1304 t.j.).
9. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

.....
/data, pieczętka i podpis Oferenta/

OFERTA CENOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

- kwota za 1 godzinę „dyżuru pod telefonem” - zł. brutto.

.....
/ data /

.....
/ podpis Wykonawcy /

UMOWA NR.....

zawarta w dniu r.

pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalem
Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,**

ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź, NIP 728-22-46-128, REGON 472147559, KRS 0000149790,

reprezentowanym przez:

dr n. med. Monikę Domarecką - Dyrektora Szpitala

zwanym dalej „**Udzielającym zamówienia**”,

a

.....
zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”

wybranym w **trybie postępowania konkursowego** zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023 poz.991 z późn. zm.), o następującej treści:

§ 1

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania "toksykologicznych konsultacji telefonicznych" dla Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Pomorskiej 251.
2. Konsultacje będą udzielane w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i święta na zlecenie Udzielającego zamówienia.
3. Toksykologiczna konsultacja telefoniczna będzie możliwa pod numerem telefonu
4. Numer telefonu podany w pkt 3 § 1, będzie aktywowany na telefonie przypisanym do Pododdziału Toksykologii przez pracownika tego Pododdziału w dniu przypadającym na dzień udzielania toksykologicznej konsultacji telefonicznej przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z grafikiem.
5. Treść toksykologicznej konsultacji telefonicznej będzie dokumentowana przez Przyjmującego zamówienie w formie elektronicznej (pliki audio) lub w formie papierowej, zgodnie z „Kartą rejestracji telefonicznej konsultacji toksykologicznej” (Załącznik nr 2 do umowy).
6. Bezpośrednią kontrolę nad organizacją świadczeń sprawuje w imieniu Udzielającego zamówienia osoba wskazana przez Dyrektora Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
7. Grafik planowanych świadczeń będzie przesyłany przez Udzielającego zamówienia do Przyjmującego zamówienie najpóźniej do pierwszego dnia miesiąca, w którym będą realizowane konsultacje. Wszelkie zmiany w grafiku będą możliwe za zgodą obu stron.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp w tym zakresie.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne kwalifikacje zawodowe do realizacji zapisów przedmiotu umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do systematycznego i czytelnego prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej zapisanej w formie audio lub papierowej dotyczącej

udzielanych toksykologicznych konsultacji telefonicznych zgodnie z przepisami prawa, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia i standardami wewnątrzszpitalnymi, dbając o ochronę danych osobowych, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz instrukcjami bezpieczeństwa obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przekazywania na żądanie Udzielającego zamówienia informacji dotyczącej realizacji przyjętego zamówienia.

§ 3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

- a) uznania prawa NFZ do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z dyrektorem oddziału Funduszu.
- b) poddania się kontroli Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowości wykonania usługi.
- c) przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli prowadzonej przez uprawnionych przedstawicieli Udzielającego zamówienia i NFZ.

§ 4

Przyjmujący zamówienia zobowiązany jest do:

- a) przetwarzania danych zawartych w toksykologicznej telefonicznej konsultacji 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),
- b) 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. Tajemnica ta obowiązuje zarówno w czasie trwania umowy, jak i po jej zakończeniu – pod rygorem odpowiedzialności odszkodowawczej,
- c) 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),
- d) nie udostępniania danych osobowych poza przypadkami, które są jasno przewidziane umową lub wynikają z przepisów prawa,

- e) 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,
- f) 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,
- g) 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,
- h) wykonywania zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Systemem Zarządzania Jakością, Systemem Zarządzania Bezpieczeństwem oraz Standardami Akredytacyjnymi.

§ 5

Żadne okoliczności wymienione lub nie wymienione w umowie nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia przez Przyjmującego zamówienie w przypadku, gdy osoba/instytucja zgłaszająca się do Udzielającego zamówienia potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 6

1. 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. W przypadku orzeczenia o odpowiedzialności odszkodowawczej Udzielającego zamówienia 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.
2. 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.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania przez cały czas trwania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie rozwiązaniu w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedstawić Udzielającemu zamówienia nową polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub inny dowód

zawarcia takiego ubezpieczenia, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się we własnym zakresie i na własny koszt ubezpieczyć od następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie za usługi wymienione w § 1 będzie otrzymywał następujące wynagrodzenie:
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 płatne będzie miesięcznie przelewem na rachunek wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie 14 dni, po zatwierdzeniu przez Udzielającego zamówienia faktury wraz z zestawieniem.
3. Podstawą do wypłaty wynagrodzenia będzie załączone do faktury zestawienie sporządzone na koniec miesiąca przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzone przez Udzielającego zamówienia.
4. Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

§ 8

Umowa zostaje zawarta na czas określony od do

§ 9

Strony umowy zgodnie ustalają, że Udzielający zamówienia ma prawo, tytułem kary umownej, do:

- 1) za każde niezapewnienie ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego zamówienie – obniżenia wysokości wynagrodzenia o 5 % wynagrodzenia miesięcznego należnego za miesiąc, w którym nastąpiło zdarzenie,
- 2) uniemożliwienie przeprowadzenia kontroli przez Udzielającego zamówienia - w wysokości 100 zł brutto za każdorazową sytuację,
- 3) za każdą uzasadnioną skargę, której podstawę stanowi rażąco zawinione działanie lub zaniechanie Przyjmującego zamówienie – obniżenia wysokości wynagrodzenia o 5% wynagrodzenia miesięcznego należnego za miesiąc, w którym wpłynęła skarga,
- 4) za brak umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej - 10% miesięcznego wynagrodzenia,
- 5) w przypadku niepodjęcia wykonywania czynności w okresie wypowiedzenia – naliczenia kary w wysokości 10% miesięcznego wynagrodzenia otrzymanego za ostatni miesiąc wykonywania świadczeń za każdy okres w którym nie były realizowane świadczenia.

§ 10

1. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron wskutek pisemnego oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 2 miesięcznego okresu wypowiedzenia bez podania przyczyny.

3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w szczególności:
- a) utracił prawo wykonywania zawodu, albo prawo do wykonywania zawodu zostanie zawieszone lub utracił zdolność/uprawnienia do wykonywania obowiązków,
 - b) 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. 4,
 - c) udzielając świadczeń zdrowotnych w sposób zawiniony lub na skutek rażącego niedbalstwa naraził pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia,
 - d) popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym,
 - e) udzielania przez Przyjmującego zamówienie świadczeń objętych umową po użyciu alkoholu lub pod wpływem innych środków psychoaktywnych,
 - f) w sytuacji kiedy Udzielający zamówienia lub Narodowy Fundusz Zdrowia stwierdzi nieprawidłowości lub nierzetelność w wykonywaniu przez Przyjmującego zamówienie świadczeń będących przedmiotem umowy.
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:
- a) likwidacji Udzielającego zamówienia,
 - b) wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ na świadczenia objęte niniejszą umową.

§ 11

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znana jest mu treść zapisu art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.) i nie ma zawartej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 12

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

§ 13

Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej za zgodą obu Stron.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty, ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

§ 15

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

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

WYKAZ OBOWIĄZKÓW I UPRAWNIENÍ PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE
W RAMACH UMOWY

1. Sumienne i dokładne udzielanie świadczeń, związanych z zakresem działania.
2. Staranne prowadzenie dokumentacji medycznej w formie papierowej lub audio udzielanych toksykologicznych konsultacji telefonicznych.
3. Przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie danych osobowych oraz praw pacjenta.
4. Zachowanie tajemnicy i ochrona danych osobowych przed zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem, niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją.
5. Dobieranie właściwych oraz aktualnych zasad wykonywania zawodu, zgodnie z posiadaną wiedzą i kwalifikacjami oraz przyjętymi normami postępowania.
6. Możliwość stałego uzupełniania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych.
7. Zgłaszanie problemów dotyczących jakości świadczonych usług.
8. Zgłaszanie i inicjowanie zmian w zakresie doskonalenia metod świadczenia usług.

Powyższy wykaz obowiązków i uprawnień przyjmuję do wiadomości i ścisłego przestrzegania.

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

Załącznik nr 2 do umowy

**KARTA REJESTRACJI TELEFONICZNEJ KONSULTACJI
TOKSYKOLOGICZNEJ**

Data	Godzina	Godzina ponownego połączenia	Inicjały lekarza udzielają- cego informację
------	---------	---------------------------------	--

Pytający ☐ lekarz ☐ inni	Nazwisko pytającego
---	---------------------

Skąd
Miejscowość:

Płeć: ☐ M ☐ K	Wiek
--	------

Liczba osób zatrutych:

Rodzaj zatrucia:

Zatrucie niezamierzone

- | | |
|--|---|
| <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ zatrucie zamierzone</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ zatrucie kryminalne</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ nadużycie</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ nadużycie w przebiegu uzależnienia</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ inne</div> | <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ przypadkowe</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ zawodowe</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ wypadek - awaria chemiczna/pożar</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;">☐ błąd terapeuty/przedawkowanie</div> |
|--|---|

Nazwa preparatu / substancji (dawka):

Czas ekspozycji:

Droga narażenia:

☐ doustna	☐ inhalacyjna
☐ dożylna	☐ przez skórę
☐ domięśniowa	☐ ukąszenie
☐ doodbytnicza	☐ oczy

Objawy i podjęte działania:

Zapytanie dotyczy:

- | | |
|---|---|
| ☐ objawów zatrucia | ☐ diagnostyki różnicowej |
| ☐ toksyczności | ☐ metod leczenia |
| ☐ składu chemicznego- | ☐ przyjęcia do oddziału ostrych zatruc |
| ☐ wykonania analiz toksykologicznych | ☐ inne |

[illegible]

.....
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.

2. 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, pieczętka i podpis Oferenta/