**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 z zakresu **ratownictwa medycznego**

**w oddziale psychiatrycznym.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź 19.06.2018 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. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.) oraz przepisów art. 140, 141, 146 ust.1, art.147-150, 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 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze 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**

## Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego(CPV 85100000-0) w dni powszednie i świąteczne w oddziale psychiatrycznym zlokalizowanym w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. Czechosłowackiej 8/10.

Oferent musi posiadać dyplom uprawniający do pracy w zawodzie ratownika medycznego.

Udzielający zamówienia zapewni odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie oraz sprzęt medyczny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.

**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 z zastrzeżeniem, że wykonują zawód w formie indywidualnej praktyki,
* posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych 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 komisja wzywa do uzupełnienia dokumentów lub usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

**III. TERMIN WYKONANIA UMOWY:**

Umowa z wybranym Oferentem będzie obowiązywać przez 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 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.

 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. Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru;
6. Kopię nadania NIP, REGON;
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
22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej;
8. Kopię dyplomu ukończenia szkoły;
9. Kopię dyplomu uzyskania wymaganych kwalifikacji.

**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: mgr Dorota Bonowicz-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**

Ofertę należy złożyćw zamkniętej kopercie oznaczonej:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**z zakresu ratownictwa medycznego w oddziale psychiatrycznym.**

**Nie otwierać przed 06.07.2018 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 06.07.2018 r. o godz. 10.00.**

3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 06.07.2018 r. o godz. 10.30** w pok. 367 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.

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

**X. OPIS SPOSOBU ZAWARCIA UMOWY**

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

### XI. 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 Komisji konkursowej 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.

**XII. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:**

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

**Załącznik nr 1**

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu **ratownictwa medycznego.**

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL:**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

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

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

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

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

 / data / / podpis Wykonawcy /

**Załącznik nr 2**

………………………………………………………

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 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. 2018. 1000). 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**

**Zgodnie z kalkulacją cenową przedstawioną poniżej**:

**Kwota z 1 godzinę wykonywanych świadczeń medycznych …………….. zł brutto.**

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

 / data / / podpis Wykonawcy /

**Załącznik nr 4**

##### UMOWA NR …….. 2018

##### zawarta w dniu …………

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. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.), o następującej treści:

 **1.**

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych **w zakresie ratownictwa medycznego.**

 **2.**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w 1.

 **3**

1. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia w terminach i według harmonogramów uzgadnianych z Udzielającym zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest świadczyć usługi osobiście.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że świadczenia udzielane są zgodnie
z wymogami, o których mowa w szczegółowych materiałach informacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. 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.
5. 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.
6. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
7. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za jakość i skutki wykonywanych osobiście 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.
8. 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.

 **4.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania świadczeń określonych
w 1. zgodnie z zasadami wiedzy medycznej przy zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowania praw pacjenta do zachowania w tajemnicy spraw związanych
ze świadczeniami objętymi niniejszą umową, a także z aktualnie obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się prowadzić prawidłowo i czytelnie dokumentację zgodnie z wymogami określonymi w przepisach prawa i obowiązującymi u Udzielającego zamówienia zasadami.

3. Przyjmujący zamówienie będzie współpracować z lekarzami, pielęgniarkami oraz innym personelem medycznym Udzielającego zamówienia.

 **5.**

1. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek poddania się kontroli prawidłowości wykonania świadczeń, o których mowa w 1. umowy.
2. Kontrola, o której mowa w pkt. 1, może być wykonana przez Dyrektora Szpitala lub osobę upoważnioną oraz Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie obowiązujących przepisów.
3. W przypadku ewentualnego negatywnego wyniku kontroli przeprowadzonej przez NFZ
i skutecznie zakwestionowanych świadczeń wykonanych przez Przyjmującego zamówienie niezgodnie ze szczegółowymi warunkami danego zakresu usług medycznych NFZ, koszty nałożonych kar ponosi Przyjmujący zamówienie.

**§ 6**

1. Przyjmujący zamówienie za usługi wymienione w § 1 będzie otrzymywał wynagrodzenie
w wysokości ………………………, zgodnie ze złożoną ofertą konkursową.
2. Wynagrodzenie płatne będzie miesięcznie przelewem na rachunek wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie 14 dni, po otrzymaniu przez Udzielającego zamówienia faktury oraz zestawienia wykonanych w danym miesiącu świadczeń.
3. Zestawienie, o którym mowa w pkt. 2 winno być potwierdzone przez pielęgniarkę oddziałową/osobę pełniącą obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

 **7.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. Przestrzegania ustalonego harmonogramu pracy zgodnie z 3 pkt. 1
2. Przestrzegania prawa, wewnętrznych aktów normatywnych (instrukcji, regulaminów, procedur).
3. Przetwarzania danych dotyczących osób uprawnionych do korzystania z badań,
w szczególności dotyczących ich stanu zdrowia, w sposób określony w aktualnie obowiązujących przepisach – 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).
4. Noszenia w czasie pracy odzieży roboczej oraz identyfikatora.
5. Dbania o korzystny wizerunek Szpitala w kontaktach zewnętrznych i wewnętrznych.
6. Informowania pielęgniarki oddziałowej/osoby pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej o wszelkich stwierdzonych awariach sprzętu i nieprawidłowych zdarzeniach.
7. Niezwłocznego zawiadomienia pielęgniarki oddziałowej/osoby pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej o niemożności stawienia się do pracy, a w przypadku jej nieobecności Naczelnej Pielęgniarki.
8. Uzyskiwania każdorazowo zgody pielęgniarki oddziałowej/osoby pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej na opuszczenie miejsca pracy, a w przypadku jej nieobecności
Naczelnej Pielęgniarki lub lekarza dyżurnego.
9. Przyjmujący zamówienie w ramach świadczonych usług zobowiązany jest do wykonywania czynności o których mowa w art. 11 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 8 września 2006r. (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 2195 z późn. zm.) o Państwowym Ratownictwie Medycznym a ponadto do:
10. zabezpieczenia medycznego pacjentów przebywających w Izbie Przyjęć
i w klinikach/oddziałach,
11. dbałości o powierzone mienie, a w szczególności o sprzęt i aparaturę medyczną,
12. transportowania pacjentów wewnątrz Szpitala,
13. prawidłowego zabezpieczenia rzeczy osobistych pacjentów lub w razie konieczności przekazania rzeczy wartościowych protokolarnie do depozytu, zgodnie
z obowiązującymi w Szpitalu przepisami,
14. wykonywania poleceń pielęgniarek i lekarzy, pomocy przy obsłudze chorych i czuwania nad bezpieczeństwem pacjentów,
15. niezwłocznego zgłaszania pielęgniarce lub lekarzowi przypadku popełnienia błędu zagrażającego życiu i zdrowiu pacjenta,
16. niezwłocznego zgłaszania pielęgniarce lub lekarzowi niemożności wykonania czynności medycznych, zleconej diagnostyki,
17. obsługi monitoringu.

 **8.**

Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

**§ 9.**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od ………. do ………..
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
	1. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
	2. wskutek oświadczenia jednej ze Stron, z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia przypadającego na ostatni dzień miesiąca, bez podania przyczyny;
	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. podczas udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący zamówienie w sposób zawiniony lub na skutek rażącego niedbalstwa naraził pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia,
		3. stwierdzenia nieprawidłowości i nierzetelności w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem umowy przez Udzielającego zamówienia lub Narodowy Fundusz Zdrowia,
		4. nie udokumentowania przez Przyjmującego zamówienie, po upływie okresu trwania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obowiązującej w dniu zawarcia umowy, faktu zawarcia nowej umowy ubezpieczenia, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
3. 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:
4. likwidacji Udzielającego zamówienia,
5. wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ na świadczenia objęte niniejszą umową.

**§ 10**

W dniu zakończenia udzielania świadczenia Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zwrotu kart dostępu do pomieszczeń w systemie BMS oraz kluczy do szafek. Niedopełnienie tego obowiązku skutkować będzie koniecznością pobrania od Przyjmującego zamówienie kwoty
w wysokości 100 zł na pokrycie kosztów związanych z wyrobieniem nowych kart i kluczy.

 **11.**

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

 **12.**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności leczniczej, Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

 **13.**

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

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA: PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**