**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

**pielęgniarkę/pielęgniarza**

**z zakresu anestezjologii dla dzieci**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 12.02.2020 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 (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.).

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

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy (kod CPV: 85141200-1) w zakresie całodobowej opieki w dni powszednie i świąteczne   
wUniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej w Łodzi w następującej specjalności:

* **anestezjologia i intensywna terapia**

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

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, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.), **z zastrzeżeniem, że wykonują zawód   
w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej,**

2) posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia, zgodnie   
z przepisami prawa i wymogami w tym zakresie.

**V. OSOBY UPRAWNIONE DO UDZIELANIA INFORMACJI:**

1. W przypadku wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się o wyjaśnienia w formie pisemnej do Udzielającego zamówienia.

2. Wniosek o wyjaśnienie treści szczegółowych warunków konkursu ofert należy złożyć nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu do składania ofert. Wniosek złożony po terminie nie będzie rozpatrywany.

3. Udzielający zamówienia udziela wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert.

4. Treść wyjaśnień wraz z zapytaniem Udzielający zamówienia umieści na stronie internetowej Udzielającego zamówienia w zakładce: Ogłoszenia – Konkursy – Aktualne pt. „Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny – pielęgniarki/pielęgniarzy”, bez podania źródła zapytania.

5. Ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, formularzem ofertowym i wzorem umowy można zapoznać się na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl), w zakładce: Ogłoszenia   
- Konkursy – Aktualne pt. „Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny – pielęgniarki/pielęgniarzy”.

**VI. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERT:**

1. Oferta powinna zawierać:
2. Formularz ofertowy - Załącznik nr 1,
3. Oświadczenie - Załącznik nr 2,
4. Wypełnioną i podpisaną ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych   
   – Załącznik nr 3,
5. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4,
6. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5,
7. Właściwe zaświadczenie z rejestru indywidualnych praktyk/indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich,
8. Informację o prowadzonej działalności z Centralnej Ewidencji i Informacji   
   o Działalności Gospodarczej,
9. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe m.in. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia szkoły, studiów, dyplomy specjalizacyjne,
10. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej zgodnie   
    z obowiązującymi przepisami prawa,
11. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
12. 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.
13. Oferent składa ofertę na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
14. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
15. Oferta powinna być trwale spięta i mieć ponumerowane strony.
16. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
17. 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.
18. 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.
19. 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**przez personel medyczny - pielęgniarkę/pielęgniarza**

**z zakresu anestezjologii dla dzieci**

**Nie otwierać przed 26.02.2020 r. do godz.10.00.”**

w kancelarii Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. Marii Konopnickiej w Łodzi,   
ul. Sporna 36/50.

1. **Termin składania ofert upływa dnia 26.02.2020 r. o godz. 10.00.**

3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 26.02.2020 r. o godz. 10.05** w pok. 10 w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej w Łodzi ul. Sporna 36/50.

* + - 1. Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów   
         nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.
      2. Oferty złożone (nadane, jako przesyłka pocztowa) po wyznaczonym terminie zostaną odrzucone bez otwierania. W przypadku ofert wysłanych drogą pocztową/kurierem decyduje data i godzina wpłynięcia do siedziby Zamawiającego.
      3. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę   
         i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.
      4. Wyniki konkursu zostaną zamieszczone na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl) i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.
      5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

**X. KOMISJA KONKURSOWA:**

Konkurs ofert przeprowadza powołana przez Udzielającego zamówienia komisja konkursowa.

**XI. KRYTERIA OCENY OFERT:**

Dokonując wyboru ofert komisja konkursowa kieruje się następującym kryterium:

**Cena**

obliczona według formuły:

*x100pkt. x kryt.*

*gdzie:*

*CN – najtańsza proponowana cena*

*CO – cena oferty ocenianej*

Udzielający zamówienia zastosuje zaokrąglanie wyników do dwóch miejsc po przecinku.

**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 zamówienia;

złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia 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.

1. 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. z 2019 r. poz. 1373 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.

**XVII. ZAŁACZNIKI:**

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

**Załącznik nr 1.**

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez personel medyczny   
- pielęgniarkę/pielęgniarza z zakresu anestezjologii dla dzieci.**

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL:**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

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

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

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

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

/ data / / podpis Wykonawcy /

**Załącznik nr 2.**

…………………………………………………………………………………

Pełna nazwa Oferenta/Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

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

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej   
Centralny Szpital Kliniczny

Uniwersytetu Medycznego

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).
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**

* Kwota z 1 godzinę wykonywanych świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny pielęgniarkę/pielęgniarza z zakresu anestezjologii dla dzieci ………..… zł brutto.

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

/ data / / podpis Wykonawcy /

**Załącznik nr 4.**

**projekt**

**UMOWA NR ……..**

zawarta w Łodzi w dniu ………………….. pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, z siedzibą w Łodzi, ul. Pomorska 251, zarejestrowanym   
w Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000149790

reprezentowanym przez:

dr n. med. Monikę Domarecką– Dyrektora

zwanym w dalszej części umowy **„Udzielającym zamówienia”**

a

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

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

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych (usług pielęgniarskich) w Szpitalu zgodnie z posiadanymi przez osobę realizującą zamówienie kwalifikacjami.
2. Zakres zadań wykonywanych przez Przyjmującego zamówienie zawiera Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wypracowania minimum 84 godzin w ciągu miesiąca z wyłączeniem nieobecności Przyjmującego zamówienie niezależnych od Udzielającego zamówienia (np. choroba).
4. Wypracowanie mniejszej, niż podana powyżej liczba godzin bez zgody Naczelnej Pielęgniarki/pielęgniarki oddziałowej/osoby pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej, skutkować będzie obniżeniem o 20% kwoty wynagrodzenia przysługującego za dany miesiąc.
5. 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*.*
6. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek wykonywania procedur medycznych zgodnych z umową wiążącą Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zleceń osób nadzorujących   
   i kontrolujących wykonywanie świadczeń, zgodnych z przepisami prawa i zakresem udzielanych przez Przyjmującego zamówienie świadczeń.

**§ 2**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie   
   z aktualnym stanem wiedzy medycznej, ogólnie przyjętymi zasadami etyki medycznej   
   i należytą starannością.
2. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje, status i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich kserokopie Przyjmujący zamówienie przedłoży Udzielającemu zamówienia.

**§ 3**

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.

**§ 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 zamówienia 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 aktualnie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych.

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

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

3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i opłaca należne składki ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia społecznego.

**§ 6**

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia   
   od odpowiedzialności cywilnej i posiadania ważnej umowy ubezpieczenia przez cały okres trwania niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia Udzielającemu zamówienia aktualnej umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.
3. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
4. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za jakość i skutki wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialność odszkodowawczą z tytułu roszczeń za szkody wyrządzone pacjentom w związku z udzielanymi świadczeniami lub zaniechaniem ich udzielania. Udzielającemu zamówienia przysługuje regres w stosunku do Przyjmującego zamówienie w przypadku udowodnionej winy Przyjmującego zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie wobec Udzielającego zamówienia ponosi pełną odpowiedzialność   
   za szkody wyrządzone podczas realizacji umowy wynikające z niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków wynikających z niniejszej umowy, w tym również z niewłaściwego lub niedbałego użytkowania pomieszczeń, powierzonego sprzętu i aparatury.

**§ 7**

1. Przyjmujący zamówienie w czasie wykonywania obowiązków wynikających   
z realizacji umowy zobowiązany jest do nieprzerwanego pozostawania w miejscu wykonywania świadczenia.

2. Każda zmiana powodująca niemożność wykonania przedmiotu umowy musi zostać uzgodniona z osobą koordynującą nie później niż na 3 dni przed planowanym wykonaniem świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie.

**§ 8**

1. W sytuacji braku możliwości wykonania obowiązków wynikających z niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez wskazanie zastępcy działającego w jego imieniu oraz posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania przedmiotu umowy, po uprzednim uzgodnieniu   
z Udzielającym zamówienia (Naczelną Pielęgniarką). Koszty zastępstwa ponosi Przyjmujący zamówienie.

2. Zlecenie przez Przyjmującego zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy osobom trzecim wymaga uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.

3. Przyjmujący zamówienie odpowiada za podmioty trzecie, którym zlecił wykonanie obowiązków wynikających z niniejszej umowy jak za własne czyny.

**§ 9**

Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie zgodne z formularzem ofertowym stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

**§ 10**

1. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest faktura potwierdzona, co do zgodności   
i ilości udzielenia świadczeń przez osobę koordynującą.

2. Wypłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Przyjmującego zamówienie   
w ciągu 14 dni od przedstawienia faktury, o której mowa w ust. 1.

**§ 11**

1. Strony umowy zgodnie ustalają, że Udzielający zamówienia ma prawo, tytułem kary umownej, do:
2. za każde nie zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego zamówienie   
   - obniżenia wysokości wynagrodzenia o 10% wynagrodzenia miesięcznego należnego   
   za miesiąc, w którym nastąpiło zdarzenie,
3. za każde opóźnienie w wykonaniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy lub nieprawidłowym zabezpieczeniu wykonania usługi z winy Przyjmującego zamówienie   
   – obniżenia wysokości wynagrodzenia o 5% wynagrodzenia miesięcznego należnego   
   za miesiąc, w którym nastąpiło zdarzenie,
4. za każdą uzasadnioną skargę pacjenta, członka rodziny lub opiekuna, której podstawę stanowi rażąco zawinione działanie lub zaniechanie Przyjmującego zamówienie   
   – obniżenia wysokości wynagrodzenia o 5% wynagrodzenia miesięcznego należnego   
   za miesiąc, w którym wpłynęła skarga,
5. w przypadku niepodjęcia wykonywania czynności, zgodnie z ustalonym harmonogramem   
   i zasadami określonymi w umowie - naliczenia kary w wysokości 20% miesięcznego wynagrodzenia za miesiąc poprzedni.
6. w przypadku niepodjęcia wykonywania czynności w okresie wypowiedzenia – naliczenia kary w wysokości 20% miesięcznego wynagrodzenia otrzymanego za ostatni miesiąc wykonywania świadczeń za każdy okres w którym nie były realizowane świadczenia.
7. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek wpłaty na rachunek Udzielającego zamówienia kary umownej, o której mowa w ust. 1 lit. d, e w terminie 14 dni od doręczenia pisma wzywającego do zapłaty kary umownej.

**§ 12**

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

**§ 13**

1. Umowa ulega rozwiązaniu:

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:

a) utraty uprawnień przez Przyjmującego zamówienie niezbędnych do wykonywania przedmiotu umowy,

b) udzielając świadczeń zdrowotnych w sposób zawiniony lub na skutek rażącego niedbalstwa naraził pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia,

c) stwierdzenia nieprawidłowości i nierzetelności w wykonywaniu świadczeń będących przedmiotem umowy przez Udzielającego zamówienia lub Narodowy Fundusz Zdrowia,

d) nie udokumentował po upływie okresu trwania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obowiązującej w dniu zawarcia umowy, faktu zawarcia nowej umowy ubezpieczenia   
o której mowa w § 6 ust. 1 i 2, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

2. 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:

1. likwidacji Udzielającego zamówienia,
2. wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ na świadczenia objęte niniejszą umową.

**§ 14**

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

**§ 15**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową znajdują zastosowanie przepisy ustawy   
   z dnia 15.04.2011 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**

**Zadania pielęgniarki anestezjologicznej/pielęgniarza anestezjologicznego   
na bloku operacyjnym.**

1. Wykonywanie wszystkich czynności zawodowych zgodnie z obowiązującymi procedurami   
   i instrukcjami.
2. Dbałość o wysoką jakość, rzetelność i dynamikę czynności zawodowych odpowiednio   
   do sytuacji klinicznej.
3. Dbanie o utrzymanie w stanie gotowości i sprawności aparatury i sprzętu niezbędnego   
   do realizacji zadań anestezjologii.
4. Uczestnictwo we wszystkich znieczuleniach, interwencjach i działaniach reanimacyjnych.
5. Realizacja pisemnych zaleceń lekarza anestezjologa w/z przygotowaniem pacjenta   
   do znieczulenia.
6. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
7. Przygotowanie stanowisk znieczuleń:

* skompletowanie sprzętu i aparatury medycznej, która będzie wykorzystywana w czasie znieczulenia,
* sprawdzenie funkcjonowania aparatów do znieczuleń, kompletności i sprawności zestawu
* do intubacji dotchawiczej, aparatury monitorującej, zgodnie z instrukcjami ich obsługi,
* przygotowanie sprzętu dodatkowego (np. ssaków i innych w zależności   
  od przewidywanych potrzeb),
* przygotowanie leków do znieczuleń zgodnie z zaleceniem lekarza.

1. Przyjęcie i identyfikacja pacjenta w bloku operacyjnym.
2. Przygotowanie pacjenta do znieczulenia:

* transport i właściwe ułożenie pacjenta do rodzaju znieczulenia,
* informowanie pacjenta o wszystkich wykonywanych czynnościach,
* zabezpieczenie potrzeb pacjenta (bezpieczeństwa, godności i intymności),
* wykonanie wkłucia dożylnego,
* pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
* podłączenie stałego zapisu EKG i pulsoksymetrii.
* podłączenie innej niezbędnej aparatury – wg potrzeb związanych z typem zabiegu lub stanem pacjenta,
* sprawowanie stałego, bezpośredniego nadzoru nad wskazaniami aparatury monitorującej,
* podawanie leków zgodnie z zleceniem lekarza anestezjologa,
* pomoc lekarzowi w wykonaniu intubacji dotchawiczej, umocowanie rurki intubacyjnej, uczestnictwo w ekstubacji,
* wykonanie lub pomoc lekarzowi w odsysaniu,
* przygotowanie leków, sprzętu i materiałów opatrunkowych potrzebnych   
  do znieczulenia regionalnego,
* pomoc lekarzowi przy dezynfekcji pola znieczulenia, zakładaniu jałowego opatrunku,
* obserwacja wyglądu i reakcji pacjenta w trakcie prowadzonego znieczulenia,
* informowanie lekarza o wszystkich zmianach w zakresie stanu pacjenta,
* wykonywanie innych zleceń lekarza prowadzącego znieczulenie w zależności od sytuacji klinicznej.

1. Po zakończeniu znieczuleń zaplanowanych na dany dzień, doprowadzenie do porządku stanowisk znieczuleń:

* rozmontowanie aparatów oraz ich dezynfekcja,
* usunięcie odpadów medycznych zgodnie z obowiązującą procedurą,
* skompletowanie i pozostawienie w gotowości aparatury monitorującej,
* przekazanie pacjenta personelowi pielęgniarskiemu oddziału macierzystego.

**Załącznik nr 5.**

…………………………………………………………………………………

Pełna nazwa Oferenta/Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

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

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**ul. Pomorska 251**

**92-213 – Łódź**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**(podatek VAT)**

* + - 1. **Pan/Pani**……………………………………………………………………………………………………………

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

* + - 1. W przypadku zmiany statusu na podatnika czynnego VAT, zobowiązuję się w przeciągu 14 dni od zmiany, do poinformowania o tym fakcie pracownika Działu Księgowości (pokój nr 217/218/219 w budynku Instytutu Stomatologii) Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi oraz zobowiązuję się do podania numeru konta zgłoszonego   
         do Urzędu Skarbowego.

*(\*niepotrzebne skreślić)*

..………………………………………….

/data, pieczątka i podpis Oferenta/