**]Zamawiający:**

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

**Uniwersytetu Medycznego   
w Łodzi, ul. Pomorska 251**

**92-213 - Łódź**

**REGON:472147559**

**NIP: 728-22-46-128**

**Telefon 42 675-75-00**

**faks 42 679-17-80**

[www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl)

## Postępowanie konkursowe

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

**przez personel medyczny.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź 10.06.2020 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 (tj.2020.295) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. 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 świadczenie usług zdrowotnych przez personel medyczny na potrzeby Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,   
CPV 85141000-9. Przedmiot podzielono na 3 części:

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

Psycholog:

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

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

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

Lekarz:

* tytuł specjalisty lub II stopień specjalizacji z zakresu psychiatrii.

1. świadczenie usług zdrowotnych przez pielęgniarki. Wymagania dla pielęgniarek: udokumentowane doświadczenie w pracy na oddziałach psychiatrycznych, mile widziany kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, mile widziana specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.
2. świadczenie usług zdrowotnych przez ratowników – wymagany dyplom ratownika medycznego.
3. świadczenia usług przez lekarzy specjalistów i psychologów, pielęgniarki oraz pracownika socjalnego (terapeuty środowiskowego) w zespole leczenia środowiskowego (domowego) – wizyty wyjazdowe.

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

Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość złożenia ofertodrębnie naposzczególne specjalności oraz w całościowym zakresie.

Umowy zostaną zawarte na okres 3 lat.

**IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

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

1) są podmiotami leczniczymi, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.   
o działalności leczniczej (tj.2020.295).

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

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

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

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

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

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

6. Osoby uprawnione do kontaktów z Oferentami: Dorota Kwiatkowska 42 675-75-88

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

**VI. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERT:**

1. Oferta powinna zawierać:
2. Formularz ofertowy - Załącznik nr 1,
3. Oświadczenie - Załącznik nr 2,
4. Wypełnioną i podpisaną ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych   
   – Załącznik nr 3A, 3B, 3C,
5. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4,
6. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5;
7. Informację o prowadzonej działalności z Centralnej Ewidencji i Informacji   
   o Działalności Gospodarczej/KRS,
8. Aktualną polisę ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami prawa,
9. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
10. W przypadku gdy Oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – wymagane jest pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, w szczególności   
    do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania Oferenta wynika z dokumentów przedstawionych wraz z ofertą.
11. Oferent składa ofertę na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
12. Oferta winna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
13. Oferta powinna być trwale spięta i mieć ponumerowane strony.
14. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
15. Miejsca, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje oferent lub osoba upoważniona na podstawie pełnomocnictwa złożonego w formie pisemnej. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.
16. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienia o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
17. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę   
    z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie oferty".

**VII. INFORMACJE O DOKUMENTACH ZAŁĄCZONYCH PRZEZ OFERENTA:**

1. Oferent przedkłada wymagane dokumenty w formie kserokopii potwierdzonej „za zgodność z oryginałem” przez siebie albo osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.

2. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.

**VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**IX. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:**

Ofertę należy złożyćw zamkniętej kopercie oznaczonej:

**„Konkurs ofert na świadczenie usług zdrowotnych**

**przez personel medyczny”.**

**Nie otwierać przed 18.06.2020 r. do godz.10.30.”**

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

**UWAGA:**

**W ZWIĄZKU Z SYTUACJĄ EPIDEMIOLOGICZNĄ, OFERTĘ PROSIMY ZŁOŻYĆ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ NA ADRES MAILOWY:** [d.kwiatkowska@csk.umed.pl](mailto:d.kwiatkowska@csk.umed.pl)

1. **Termin składania ofert upływa dnia 18.06.2020 r. o godz. 10.00.**

3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 18.06.2020 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.
      5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

**X. KRYTERIA OCENY OFERT:**

Dokonując wyboru ofert komisja konkursowa kieruje się następującym kryterium:

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

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

**XI. OPIS SPOSOBU ZAWARCIA UMOWY:**

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

**XII. ODRZUCA SIĘ OFERTĘ:**

złożoną przez Oferenta po terminie;

zawierającą nieprawdziwe informacje;

jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;

jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;

jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienie;

złożoną przez Oferenta, z którym została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie   
w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

**XIII.** **UZUPEŁNIENIE OFERTY:**

1. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków   
   w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do korekty oczywistych omyłek w treści złożonej oferty.

**XIV. UNIEWAŻNIENIE KONKURSU:**

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

1) nie wpłynęła żadna oferta;

2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;

3) odrzucono wszystkie oferty;

4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,

5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

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.
3. Nie podpisanie umowy przez Przyjmującego zamówienie w terminie, o którym mowa   
   w pkt 2 powoduje wykluczenie go z postępowania.

**XVII. ZAŁACZNIKI:**

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

**Załącznik nr 1**

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

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**NIP……………………………REGON**……………………………

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**ADRES MAILOWY**

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

**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. Personel, którym dysponuję posiada wiedzę niezbędną do wykonania świadczeń będących przedmiotem umowy.
4. Oświadczam, że pozostanę związany z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczamy, iż osoby, które będą wykonywały usługi mają odpowiednie kwalifikacje i posiadają dokumenty potwierdzające wykształcenie i uprawnienia do wykonywania czynności na danym stanowisku. Zobowiązujemy się do okazania w/w dokumentów na żądanie Zamawiającego.
7. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie   
   z aktualnie obowiązującymi przepisami – Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
   i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. 1000).
8. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

………………………………………………

/data, pieczątka i podpis Oferenta

**Załącznik nr 3A**

**OFERTA CENOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

(nazwa i adres Oferenta)

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

|  |  |
| --- | --- |
| ***KALKULACJA CENOWA*** | |
| **Rodzaj świadczenia** | **stawka w zł. brutto za 1 pkt.** |
| porada psychologa i lekarza specjalisty |  |

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

/ data / / podpis Wykonawcy/

**Załącznik nr 3 B**

(nazwa i adres Oferenta)

Oferujemy wykonanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny zgodnie z kalkulacją:

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

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

/ data / / podpis Wykonawcy/

**Załącznik nr 3 C**

(nazwa i adres Oferenta)

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

|  |  |
| --- | --- |
| **KALKULACJA CENOWA-** ( wizyta wyjazdowa) | |
| **Rodzaj świadczenia** | **stawka w zł. brutto za 1 pkt.** |
| Lekarz specjalista |  |
| Psycholog |  |
| Pielęgniarka |  |
| Pracownik socjalny (terapeuta środowiskowy) |  |

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

/ 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 w Szpitalu zgodnie z posiadanymi przez osoby realizujące zamówienie kwalifikacjami.
2. Miejscem wykonywania świadczeń są Kliniki/Poradnie Psychiatryczne Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu umowy w dniach   
   i godzinach uzgodnionych z osobą koordynującą. Osobą koordynującą harmonogram świadczenia usług jest osoba wskazana przez Udzielającego zamówienia*.*
4. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek wykonywania procedur medycznych zgodnych   
   z umową wiążącą Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zleceń osób nadzorujących   
   i kontrolujących wykonywanie świadczeń, zgodnych z przepisami prawa i zakresem udzielanych przez Przyjmującego zamówienie świadczeń.

**§ 2**

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

**§ 3**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1) posiada aktualny wpis do właściwego rejestru,

2) legitymuje się kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych,

3) zna prawa pacjenta,

4) nie był karanyza wykroczenia zawodowe.

2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w przypadku zatrudnienia personelu przy udziale którego będzie realizował usługi, zobowiązuje się zapewnić aby osoby wykonujące świadczenia nie były karane za wykroczenia zawodowe oraz legitymowały się kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych, w zakresie objętym umową.

**§ 4**

Udzielający zamówienia zobowiązuje się wobec Przyjmującego zamówienie do nieodpłatnego:

1. udostępnienia sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego zamówienia,
2. zapewnienia odpowiedniej bazy analityczno-badawczej.

**§ 5**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1) znajomości i przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów,   
w szczególności bhp i p-poż.,

2) posiadania w trakcie trwania umowy, przez osoby realizujące świadczenia aktualnych badań lekarskich,

3) uczestniczenia w prowadzeniu sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących   
w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz prowadzenia dokładnej i systematycznej dokumentacji pacjentów, zgodnie ze standardem dokumentacji obowiązującym u udzielającego zamówienie oraz zgodnie z wymogami NFZ oraz przepisami o zasadach prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej,

4) przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym,

5) poddania się kontroli przeprowadzanej przez NFZ i osoby uprawnione przez Udzielającego zamówienia w zakresie określonym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, terminowych realizacji zaleceń pokontrolnych,

6) przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli prowadzonej przez uprawnionych przedstawicieli Udzielającego zamówienia i NFZ,

7) przestrzegania praw pacjenta,

8) niepobierania opłat od pacjentów Udzielającego zamówienia z jakiegokolwiek tytułu,

9) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku z wykonywaniem niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

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

10) przetwarzania danych dotyczących osób uprawnionych do korzystania z badań, w szczególności dotyczących ich stanu zdrowia w sposób określony w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego   
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie   
o ochronie danych) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. 1000),

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

**§ 6**

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

**§ 7**

1. Udzielający świadczeń zdrowotnych w czasie wykonywania obowiązków wynikających z realizacji umowy zobowiązany jest do nieprzerwanego pozostawania w miejscu wykonywania świadczenia.

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

**§ 8**

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

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 3 do niniejszej umowy.

**§ 10**

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

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

**§ 11**

1. Udzielający Zamówienia ma prawo do naliczenia Przyjmującemu Zamówienie kary umownej   
   w przypadku nienależytego wykonania lub niewykonania obowiązków wynikających z umowy, z winy Przyjmującego zamówienie w wysokości 2 % wynagrodzenia miesięcznego brutto należnego za miesiąc, w którym nastąpiło zdarzenie.
2. Kara umowna, płatna będzie na podstawie noty obciążeniowej wystawionej przez Udzielającego zamówienia, poprzez potrącenie wynagrodzenia za kolejny miesiąc.

**§ 12**

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

**§ 13**

1. Umowa ulega rozwiązaniu:

1)wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia bez podania przyczyny;

2)wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy w szczególności:

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 zamówienie 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 – w terminie określonym § 6 ust. 1,

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**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową znajdują zastosowanie przepisy ustawy   
z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej i kodeksu cywilnego.

3. Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez właściwy sąd powszechny.

1. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej   
   ze stron.

**Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia**

**Załącznik nr 5.**

…………………………………………………………………………………

Pełna nazwa Oferenta/Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

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

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

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**ul. Pomorska 251**

**92-213 – Łódź**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**(podatek VAT)**

* + - 1. **Pan/Pani** …………………………………………………………………………… oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot leczniczy……………………………………………….

**JEST/NIE JEST\* czynnym podatnikiem VAT.**

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

*(\*niepotrzebne skreślić)*

..………………………………………….

/data, pieczątka i podpis Oferenta/