**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 **elektroradiologii.**

Zatwierdził Dyrektor:

Łódź, 17.08.2020 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.2020.295), 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 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251, jako Udzielający zamówienia przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

1. **OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU**

Przedmiotem konkursu jest całodobowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii w Centrum Kliniczno – Dydaktycznym Centralnego Szpitala Klinicznego znajdującym się przy ul. Pomorskiej 251 w Łodzi (85120000 – 6; 85121200 - 5), zgodnie z posiadanymi przez osoby wykonujące zamówienie kwalifikacjami.

Przyjmujący zamówienie będzie w szczególności odpowiedzialny za:

1. wykonywanie obowiązków we współpracy z lekarzem i pielęgniarką,
2. wykonywanie badań według ustalonych procedur roboczych,
3. przyjmowanie skierowań na badania i prowadzenie list pacjentów oczekujących na planowe badania z uwzględnieniem stopnia pilności,
4. przygotowanie i dbałość o aparaturę i urządzenia wchodzące w skład wyposażenia pracowni,
5. nadzór nad poprawnością nagrywania obrazu, badań oraz kontrolę stopnia naświetlania pacjenta podczas zabiegu,
6. obsługę urządzeń CT, MR, RTG stacjonarne lub przyłóżkowe, mobilnych ramion rtg typu C, aparatu do densytometrii kości zgodnie z ich przeznaczeniem, instrukcjami użytkowania oraz regulaminami wewnętrznymi,
7. prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań w książce pracowni i ich archiwizację na serwerze PACS, nośniki CD/DVD,
8. sprawną obsługę systemu his, ris tj. Clininet,
9. obserwowanie i sprawowanie opieki nad pacjentem w czasie wykonywania badania i po badaniu,
10. obsługę programów: syngo via, mm workplace,
11. opracowywanie badań (postprocessing) rekonstrukcji mip, mpr, 3D - volume randering,
12. wykonywanie testów codziennych i tygodniowych w pracowni densytometrii,
13. rzetelne wykonywanie świadczeń medycznych, zgodnie z posiadaną aktualną wiedzą
i umiejętnościami w tym zakresie,
14. utrzymywanie sprawności technicznej powierzonej aparatury i sprzętu medycznego,
15. zgłaszanie przełożonym informacji o wszelkich usterkach i zagrożeniach w miejscu pracy.
16. odpowiednie przygotowywanie pacjentów do badań na podstawie skierowania,
17. życzliwe i taktowne traktowanie pacjentów,
18. zachowanie w tajemnicy wszystkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentów,
19. przyjmowanie chorych według ustalonej kolejności,
20. czuwanie nad należytym utrzymaniem stanu sanitarnego pomieszczeń pracowni i przestrzegania zasad ochrony radiologicznej,
21. współpracę z innymi pracownikami Szpitala,
22. noszenie w czasie pracy odzieży medycznej, ochronnej oraz dozymetrów,
23. wykonywanie innych czynności zleconych przez kierownika ZDO/koordynatora personelu średniego techników, zgodnie z regulaminami obowiązującymi w Szpitalu, a nie objętych niniejszym zakresem obowiązków,

**II. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

Do konkursu mogą przystąpić Oferenci, którzy:

* są podmiotami, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj.2020.295),
* posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia, zgodnie z przepisami prawa i wymogami w tym 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 zostanie zawarta 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 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 oferta cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
4. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
5. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5;
6. Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru;
7. Kopię nadania NIP, REGON;
8. Aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
9. Kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, np. certyfikaty, dyplomy, zaświadczenia;
10. Kopię dokumentu potwierdzającego ukończenie szkoły;
11. Kopię aktualnego dyplomu ukończenia kursu ochrony radiologicznej;
12. Kopię dokumentu potwierdzającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy w Zakładach Diagnostyki Obrazowej w obsłudze urządzeń tj. MR , CT, Rtg stacjonarne – radiografia pośrednia
i bezpośrednia, mobilne ramiona Rtg typu C, aparat do densytometrii kości;
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:

od strony proceduralnej – mgr Dorota Bonowicz - Kwiatkowska 42 675-75-88,

od strony merytorycznej *–* mgr Lucjan Pfajfer 42 201-41-03.

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**

**w zakresie elektroradiologii.**

**Nie otwierać przed 25.08.2020 r. do godz.10.30.”**

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

1. **Termin składania ofert upływa dnia 25.08.2020 r. o godz. 10.00.**

3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 25.08.2020 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.

**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. ODRZUCA SIĘ OFERTĘ**

* + - 1. złożoną przez Oferenta po terminie,
			2. zawierającą nieprawdziwe informacje,
			3. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
			4. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
			5. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
			6. jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną,
			7. jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienia,
			8. 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.

**XII. UNIEWAŻNIENIE KONKURSU**

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

### XIII. 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.

**XIV. 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;
5. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5.

**Załącznik nr 1**

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu **elektroradiologii.**

**DANE OFERENTA:**

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

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

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

**PESEL:**

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

**ADRES:**

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

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

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

**TELEFON / FAX**

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

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

**ADRES E-MAIL**

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

**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**

**Zgodnie z kalkulacją cenową przedstawioną poniżej**:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych – ………….. zł brutto za 1 godzinę.

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

 / data / / podpis Wykonawcy /

 **Załącznik nr 4**

##### UMOWA NR ………

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 (tj.2020.295), o następującej treści:

 **1.**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu elektroradiologii.
2. Usługi, o których mowa w ust. 1 obejmują w szczególności:
3. wykonywanie obowiązków we współpracy z lekarzem i pielęgniarką,
4. wykonywanie badań według ustalonych procedur roboczych,
5. przyjmowanie skierowań na badania i prowadzenie list pacjentów oczekujących na planowe badania z uwzględnieniem stopnia pilności,
6. przygotowanie i dbałość o aparaturę i urządzenia wchodzące w skład wyposażenia pracowni,
7. nadzór nad poprawnością nagrywania obrazu, badań oraz kontrolę stopnia naświetlania pacjenta podczas zabiegu,
8. obsługę urządzeń CT, MR, RTG stacjonarne lub przyłóżkowe, mobilnych ramion rtg typu C, aparatu do densytometrii kości zgodnie z ich przeznaczeniem, instrukcjami użytkowania oraz regulaminami wewnętrznymi,
9. prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań w książce pracowni i ich archiwizację na serwerze PACS, nośniki CD/DVD,
10. sprawną obsługę systemu his, ris tj. Clininet,
11. obserwowanie i sprawowanie opieki nad pacjentem w czasie wykonywania badania i po badaniu,
12. obsługę programów: syngo via, mm workplace,
13. opracowywanie badań (postprocessing) rekonstrukcji mip, mpr, 3D - volume randering,
14. wykonywanie testów codziennych i tygodniowych w pracowni densytometrii,
15. rzetelne wykonywanie świadczeń medycznych, zgodnie z posiadaną aktualną wiedzą
i umiejętnościami w tym zakresie,
16. utrzymywanie sprawności technicznej powierzonej aparatury i sprzętu medycznego,
17. zgłaszanie przełożonym informacji o wszelkich usterkach i zagrożeniach w miejscu pracy.
18. odpowiednie przygotowywanie pacjentów do badań na podstawie skierowania,
19. życzliwe i taktowne traktowanie pacjentów,
20. zachowanie w tajemnicy wszystkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentów,
21. przyjmowanie chorych według ustalonej kolejności,
22. czuwanie nad należytym utrzymaniem stanu sanitarnego pomieszczeń pracowni i przestrzegania zasad ochrony radiologicznej,
23. współpracę z innymi pracownikami Szpitala,
24. noszenie w czasie pracy odzieży medycznej, ochronnej oraz dozymetrów,
25. wykonywanie innych czynności zleconych przez kierownika ZDO/koordynatora personelu średniego techników, zgodnie z regulaminami obowiązującymi w Szpitalu,
a nie objętych niniejszym zakresem obowiązków.
26. Miejscem wykonywania zamówienia jest w szczególności Zakład Diagnostyki Obrazowej zlokalizowany w Centrum Kliniczno – Dydaktycznym Centralnego Szpitala Klinicznego przy
ul. Pomorskiej 251 w Łodzi.

 **2.**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada dokumenty potwierdzające wykształcenie
i uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie, stanowiącym przedmiot umowy Ponadto zobowiązuje się do okazania oryginałów w/w dokumentów na żądanie Udzielającego zamówienia.

 **3.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wypracowania minimum 50 godzin w ciągu miesiąca
z wyłączeniem nieobecności Przyjmującego zamówienie niezależnych od Udzielającego zamówienia (np. choroba).
2. Wypracowanie mniejszej, niż podana powyżej liczba godzin bez zgody kierownika ZDO/ koordynatora personelu średniego techników, skutkować będzie obniżeniem o 20% kwoty wynagrodzenia przysługującego za dany miesiąc.
3. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia w terminach uzgadnianych z Udzielającym zamówienia.
4. Przyjmujący zamówienie współpracuje z całym personelem Udzielającego zamówienia udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów leczonych przez Udzielającego zamówienia.
5. Bezpośrednią kontrolę nad organizacją świadczeń sprawuje w imieniu Udzielającego zamówienia osoba wskazana przez Dyrektora Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi.
6. Wykonanie prac odbywać się będzie na sprzęcie i materiałach będących własnościąUdzielającego zamówienia.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dbać o dobro i mienie Udzielającego zamówienia
ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego do udzielania świadczeń, korzystania
z niego zgodnie z przeznaczeniem, z należytą dbałością i optymalizacją kosztów, a w przypadku stwierdzenia wady, nieprawidłowości czy niewłaściwej jakości pracy sprzętu lub aparatury niezwłocznie zawiadomić (na piśmie za potwierdzeniem odbioru) Udzielającego zamówienia
o powyższym stanie rzeczy.
8. W przypadku uszkodzenia sprzętu, na którym wykonywane będą prace, z winy umyślnej jak
i niedbalstwa Przyjmującego zamówienie, naprawa sprzętu lub jego wymiana na nowy następuje na jego koszt.
9. Po uzyskaniu zgody Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie może zlecić innemu podmiotowi udzielanie świadczeń zdrowotnych i związanych z tym obowiązków, określonych
w niniejszej umowie.
10. Podmiotem tym może być tylko podmiot posiadający kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2 niniejszej umowy.
11. Przyjmujący zamówienie odpowiada za czyny innego podmiotu, któremu zlecił świadczenie usług, jak za czyny własne.
12. Koszty zlecenia usługi innemu podmiotowi ponosi Przyjmujący zamówienie.
13. Osoby trzecie zastępujące Przyjmującego zamówienie muszą posiadać aktualne ubezpieczenie
od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Kopię polisy zobowiązani są do przedłożenia Udzielającemu zamówienia najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem zastępstwa.

 **4.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. wykonania świadczeń zdrowotnych 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. udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
3. postępowania w zgodzie z przepisami sanitarno-epidemiologicznymi wydanymi przez uprawnione instytucje oraz zarządzeniami obowiązującymi w tej dziedzinie u Udzielającego zamówienia,
4. zapewnienia Udzielającemu zamówienia dostępu do dokumentacji medycznej osób badanych,
5. systematycznego i czytelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, 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.

 **5.**

W ramach realizacji niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w szczególności:

1. przebywać w godzinach dla niego ustalonych na terenie Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zgodnie z harmonogramem (akceptowanym przez Udzielającego zamówienia), w sposób gwarantujący pacjentom nieprzerwaną całodobową opiekę,
2. zachować w tajemnicy wszystkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentów,
3. wykonywać badania według ustalonych procedur roboczych,
4. rejestrować pacjentów w systemie ris – owym.

 **6.**

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

 **7.**

1. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, chyba że szkoda jest wyrządzona przez Przyjmującego zamówienie umyślnie, bądź jest wynikiem zaniedbania obowiązków wynikających z przedmiotu niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie.
2. 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.
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.
3. 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. 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.
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 ubezpieczenia.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się we własnym zakresie i na własny koszt ubezpieczyć
od następstw nieszczęśliwych wypadków.

 **8.**

* + - 1. Przyjmujący zamówienie za świadczone usługi będzie otrzymywał wynagrodzenie obliczone według poniższych stawek:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych** – ……… zł brutto za 1 godzinę.

1. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 płatne będzie miesięcznie przelewem na rachunek wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie **14 dni,** od daty otrzymania rachunku przez Udzielającego zamówienia.
2. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest rachunek/faktura potwierdzony, co do zgodności i ilości udzielenia świadczeń przez osobę koordynującą.
3. Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

 **9.**

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.

 **10.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

1. przestrzegania przepisów obowiązujących u Udzielającego zamówienia, w szczególności przepisów BHP i przeciwpożarowych oraz regulaminów wewnętrznych, zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych,
2. posiadania aktualnych badań lekarskich,
3. przestrzegania praw pacjenta,
4. 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).

 **11.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
2. 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.
3. poddania się kontroli Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowości wykonania usługi.
4. W przypadku negatywnego wyniku kontroli przeprowadzonej przez NFZ i skutecznie zakwestionowanych świadczeń wykonanych przez Przyjmującego zamówienie, niezgodnie
ze szczegółowymi warunkami danego zakresu usług medycznych NFZ, Udzielającemu zamówienia przysługuje regres w stosunku do Przyjmującego zamówienie do wysokości kosztów nałożonych kar.

 **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:
1. utraty uprawnień przez Przyjmującego zamówienie niezbędnych do wykonywania przedmiotu umowy,
2. udzielając świadczeń zdrowotnych 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 udokumentował po upływie okresu trwania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obowiązującej w dniu zawarcia umowy, faktu zawarcia nowej umowy ubezpieczenia
o której mowa w § 7 ust. 5, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
	* + 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:
5. likwidacji Udzielającego zamówienia,
6. 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.**

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
(t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.) i nie ma zawartej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

 **16.**

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

 **17.**

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

 **18.**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

 **19.**

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

**Udzielający zamówienia: Przyjmujący zamówienie:**

**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/