

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

## Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

/Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Dr nauk med. Monika Domarecka/

Łódź, dnia 28 grudnia 2018 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 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), 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.), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych
i mikrobiologicznych(Dz.U. z 2016 r. poz. 1665 z późn. zm.) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami(Dz.U. 2017 poz. 2051
z późn. zm.) oraz Kodeksu Cywilnego.

**III. Przedmiot konkursu ofert i czas trwania umowy:**

1. Udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej wraz z obsługą banku krwi oraz obsługą analizatora parametrów krytycznych w lokalizacji OIOM w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii
im. M. Konopnickiej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. Pankiewicza 16 (ul. Spornej 36/50). Szczegółowy zakres świadczeń, czas oczekiwania na wynik badania oraz szacunkowa liczba świadczeń będących przedmiotem konkursu określa Załącznik nr 1 dotyczący przedmiotu konkursu do formularza oferty. Maksymalny czas oczekiwania na wynik badania nie może przekroczyć czasu określonego dla poszczególnych badań określonych w Załączniku nr 1. Dokładny opis, w tym czynności wchodzące w zakres przedmiotu określa pozostała dokumentacja niniejszego postępowania konkursowego oraz projekty umów – Załącznik nr 9 i 10.
2. Wynajem w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (kod pocztowy 91-738)
przy ul. Pankiewicza 16 (ul. Spornej 36/50) pomieszczeń o powierzchni 189,75 m2,
do świadczenia usług określonych w punkcie nr 1, zgodnie z projektem umowy najmu
na pomieszczenia przewidziane przez Udzielającego zamówienia do realizacji przedmiotu zamówienia.
3. Okres obowiązywania umowy: 36 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
4. Szpital nie dopuszcza składania ofert częściowych.
5. Szpital nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
6. CPV: 85145000*-*7 Usługi świadczone przez laboratoria medyczne.

**IV. Zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem:**

Udzielający zamówienia wymaga od Przyjmującego zamówienie, aby całodobowo świadczył usługi, przez osoby posiadające wysokie kwalifikacje, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy technicznej i analitycznej, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności w pracy na rzecz Udzielającego zamówienia.

* 1. Wymogi dotyczące sprzętu.
		1. Przyjmujący zamówienie będzie stosował do wykonania usługi wyłącznie materiały, odczynniki, kalibratory i materiały kontrolne dopuszczone do obrotu i spełniające wymagania określone w przepisach aktualnie obowiązujących w Polsce i UE ISO/IEC 15189, Dyrektywa Rady Wspólnot Europejskich 93/42/EWG w sprawie wyrobów medycznych.
		2. Usługi będą świadczone na własnej i/lub dzierżawionej przez Przyjmującego zamówienia aparaturze pomiarowo-badawczej i urządzeniach pomocniczych dostosowanych do potrzeb pacjentów (pediatria) profilu klinicznego oraz do rodzaju i ilości badań (Załącznik nr 1).
		3. Wykorzystywana aparatura musi umożliwiać stosowanie metod badawczych zgodnych
		z aktualnym stanem wiedzy (Rozp. Min. Zdr. z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. 2016 r. poz. 1665 z późn. zm.) oraz zapewniać ich wysoką jakość, spełniając wymagania ustawy
		z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 211 z późń. zm.),
		a także posiadać certyfikaty dopuszczenia do obrotu.
		4. Przyjmujący zamówienie zapewni zamknięty, aspiracyjno-próżniowy system pobierania krwi dla wszystkich pacjentów Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Szpitala, wykorzystując do wykonania usługi probówko-strzykawki o objętościach standardowych oraz pediatrycznych. System pobrań krwi aspiracyjo - próżniowy pediatryczny wyszczególniony poniżej:

a. Probówko- strzykawki w systemie zamkniętym

- do badań biochemicznych – 7,5 ml – aktywator wykrzepiania / żel separujący

- do badań biochemicznych – 4,5 ml – aktywator wykrzepiania / żel separujący

- do badań biochemicznych - 2,6 ml – aktywator wykrzepiania / żel separujący

- do badań biochemicznych – 1,2 ml – aktywator wykrzepiania

- do oznaczeń glukozy z fluorkiem sodu – 1,2 ml

- do badań hematologicznych z EDTA - 1,2 ml

- probówka z EDTA 2,7 ml (grupa krwi)

- probówka z EDTA-K2 4,9 ml (grupa krwi)

- do pozyskiwania osocza z heparyną litową - 2,6 ml

- do badań koagulologicznych o poj. około 3,0 ml

- do badań koagulologicznych - 1,4 ml

- do OB - 2,0 ml

- do diagnostyki pseudotrombocytopenii zawierająca inny koagulant niż EDTA – 2,7 ml

b. Igły i adaptery

- IGŁA 0,8 x 25 mm – krótka z zabezpieczeniem przeciwzakłuciowym

- Łączni (adapter) umożliwiający pobranie krwi z wkłuć dożylnych

c. System pobrań krwi włośniczkowej

* Mikroprobówki biochemiczne z kapilarą o poj. 200 μl
* Mikroprobówki z EDTA, z kapilarą o poj. 200 μl
* Mikroprobówki z fluorkiem sodu o poj. 200 μl

d. pojemniki do badania moczu jałowe i niejałowe

e. pojemniki na badanie kału jałowe i niejałowe

f. zestawy do pobierania krwi na RKZ

g. probówki, pojemniki do badań specjalistycznych i inny sprzęt niezbędny do pobierania materiału do badań

Udzielający zamówienia wymaga aby system pochodził od jednego producenta w celu zapewnienia bezpieczeństwa pobrań oraz kompatybilności.

Przyjmujący zamówienie powiadomi na piśmie o każdej zmianie metodyki badań związanej
ze zmianą interpretacji. Zmiana metodyki nie może wpłynąć negatywnie na jakość wykonywanych badań.

* 1. Kwalifikacje osób udzielających świadczenia

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do świadczenia usług przez wykwalifikowany personel, zgodnie z przepisami obowiązującymi w diagnostyce laboratoryjnej, mikrobiologicznej oraz serologii transfuzjologicznej i w ilości umożliwiającej właściwe świadczenie usług. Przyjmujący zamówienia może być zobowiązany do przejęcia 25 pracowników laboratorium w trybie art. 23¹ kodeksu pracy.

Diagnostyka laboratoryjna: ilość personelu niezbędna do właściwego świadczenia usług 24h/ dobę przez 7 dni w tygodniu oraz taką ilość osób posiadających uprawnienia diagnosty laboratoryjnego, z aktualnym prawem wykonywania zawodu, gwarantującą bezwzględną obecność w siedzibie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Szpitala, diagnosty laboratoryjnego 24h/dobę przez 7 dni w tygodniu.

Diagnostyka mikrobiologiczna - ilość personelu niezbędna do właściwego świadczenia usług,
z co najmniej jednym specjalistą z mikrobiologii i minimum trzyletnim stażem pracy w laboratorium o podobnym profilu oraz co najmniej jednym diagnostą.

Serologia transfuzjologiczna:

* 1. ilość personelu w regulaminowych godzinach pracy, to co najmniej dwie osoby: jeden diagnosta laboratoryjny, posiadający aktualne zaświadczenie upoważniające do samodzielnego wykonywania badań serologicznych i jedna osoba, posiadająca aktualne zaświadczenie
	do wykonywania badań serologicznych pod nadzorem (Rozporządzenia Ministra Zdrowia
	z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami(Dz.U. 2017 poz. 2051 z późn. zm.).
	2. w pozaregulaminowych godzinach pracy co najmniej jeden diagnosta laboratoryjny posiadający aktualne zaświadczenie upoważniające do samodzielnego wykonywania badań serologicznych.

Wykonywanie badań z zakresu serologii transfuzjologicznej 24h/dobę przez 7 dni w tygodniu.

Każdorazowa zmiana personelu może odbywać się tylko na personel o takich samych lub wyższych kwalifikacjach i wymaga powiadomienia Udzielającego zamówienie (dotyczy to wyłącznie wymiany personelu o uprawnieniach diagnosty laboratoryjnego).

Wymagania w stosunku do personelu:

* 1. Laboratorium powinno być kierowane przez osoby posiadające odpowiedzialność
	i uprawnienia wykonawcze oraz kompetencje w zakresie prowadzonych usług zgodnie
	z obowiązującymi przepisami prawa oraz posiadające co najmniej trzyletnie doświadczenie
	w kierowaniu laboratorium diagnostycznym, mikrobiologicznym i serologii transfuzjologicznej w szpitalu o podobnym profilu. Kierownik laboratorium posiada tytuł specjalisty z dziedziny analityka kliniczna/diagnostyka laboratoryjna. Kierownik laboratorium zobowiązany jest
	do przebywania w miejscu od 8°° do 15°° w dni robocze.
	2. Kierownicy pracowni - diagności nadzorujący pracę pracowni Medycznego Laboratorium Diagnostycznego posiadają kwalifikacje i doświadczenie w laboratorium szpitala o profilu pediatrycznym.
	3. Pracownicy przewidziani do udzielania świadczeń winni uczestniczyć w szkoleniach zewnętrznych dla diagnostów laboratoryjnych, potwierdzonych certyfikatem.

Z uwagi na to, że Udzielający zamówienie to pełnoprofilowy Szpital Pediatryczny ze szczególnym udziałem onkologii i hematologii dziecięcej, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zatrudniania osób posiadających doświadczenie w ocenie preparatów hematologicznych
od pacjentów pediatrycznych z podejrzeniem lub rozpoznaniem chorób nowotworowych, w tym białaczek oraz różnych typów niedokrwistości.

Liczba personelu przewidzianego do realizacji zamówienia z określeniem stanowiska, wymiaru zatrudnienia, kwalifikacji i odbytych szkoleń.

1. Dodatkowe wymagania dotyczące mikrobiologii
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dostarczania podłóż mikrobiologicznych
do prawidłowego, zgodnego z obowiązującymi procedurami pobrania materiału na badania wymienione w Załączniku nr 1.
3. Zapewni przechowywanie i przesyłanie badań do pracowni mikrobiologii zgodnie
z obowiązującymi przepisami. Badania mikrobiologiczne będą wykonywane w wynajmowanych pomieszczeniach Udzielającego zamówienie.
4. Diagnostyka będzie prowadzona wyłącznie przy użyciu certyfikowanych podłóż, odczynników oraz aparatury. W/w wymóg w trakcie realizacji umowy będzie wymagał każdorazowo zgody Udzielającego zamówienia.
5. Wykonywanie badań zgodnie z zaleceniami Krajowego Ośrodka Referencyjnego
ds. lekowrażliwości drobnoustrojów w zakresie doborów testów do oznaczania wrażliwości bakterii na antybiotyki i chemioterapeutyki oraz interpretacji i wykrywania mechanizmów oporności. Obowiązkowy kontakt z Komitetem i Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych.
6. Dostępność procedur wykonywanych badań zgodnie ze standardami jakości.
7. Obowiązek udziału w Ogólnopolskiej Zewnętrznej Kontroli Jakości POLMICRO
i udostępnienia wyników kontroli na prośbę Udzielającego zamówienie. Dla pozostałych badań mikrobiologicznych nie objętych kontrolą jakości POLMICRO wymagany jest udział zewnętrznej kontroli jakości dotyczącej zamawianych badań mikrobiologicznych
i potwierdzenia udziału w w/w kontrolach.
8. Przedłożenie aktualnego zaświadczenia z Centralnego Ośrodka Badań Jakości
w Diagnostyce Mikrobiologicznej dotyczącego wyników uzyskanych w Ogólnopolskim Sprawdzianie Wiarygodności Badań z Mikrobiologii POLMICRO z aktualnie prowadzonej pracowni mikrobiologicznej na żądanie Udzielającego zamówienia.
9. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do natychmiastowego powiadomienia
o pojawieniu się drobnoustrojów alarmowych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r.) i wieloopornych szczepów, stanowiących zagrożenie epidemiologiczne pielęgniarkę epidemiologiczną, mikrobiologa Szpitala. W trakcie trwania dyżuru oraz w dni wolne od pracy o w/w fakcie zawiadamia lekarza dyżurnego pediatrę SOR z Dz. Przyjęć.
10. Na przyjmującym zamówienie spoczywa obowiązek „bankowania” i przechowywania szczepów bakterii. W przypadku podejrzenia ogniska epidemiologicznego wydania tych szczepów Udzielającemu zamówienie w celu dalszych badań epidemiologicznych. Przyjmujący zamówienie udostępnia procedurę takiego postępowania organom do tego uprawnionym.
11. Przyjmujący zamówienie będzie przygotowywał okresowe raporty epidemiologiczne: kwartalne, półroczne, roczne dla ZKZS zgodnie z obowiązującym prawem;

W przypadku odchyleń przy przekroczeniu których laboratorium ustali z Kierownikiem Oddziału wartości krytyczne dla poszczególnych rodzajów badań, diagnosta będzie zobowiązany do natychmiastowego zawiadomienia lekarza do godziny 15.35 lekarza prowadzącego, lub Kierownika Oddziału, a po godzinie 15.35 w dni robocze ,święta i ustawowo wolne od pracy, lekarza dyżurnego.

Zamawiający wymaga „BACKUP´u” dla parametrów krytycznych w zakresie RKZ Htk jonogram, glukoza, hemoglobina w lokalizacji laboratorium.

Zamawiający wymaga analizatora parametrów krytycznych (RKZ, sód, potas, chlorki, wapń zjonizowany, mleczany, hematokryt, hemoglobina, O2 hemoglobina, CO hemoglobina)
w lokalizacji OIOM obsługiwanego przez personel laboratorium.

1. Dodatkowe wymagania dotyczące serologii transfuzjologicznej

Udzielający zamówienie wymaga, aby:

1. Przyjmujący zamówienie badania z zakresu serologii transfuzjologicznej wykonywał będzie zgodnie z zasadami zawartymi w obowiązującej wersji „Medycznych zasadach pobierania krwi, oddzielania ich składników i wydawania”.
2. Stosował odczynniki spełniające wymagania określone w rozdziale 7 „Medycznych zasadach pobierania krwi, oddzielania ich składników i wydawania”
3. Diagności laboratoryjni posiadający aktualne zaświadczenia upoważniające do wykonywania badań serologicznych samodzielnie lub pod nadzorem byli poddawani w zakresie serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi zewnętrznej kontroli jakości wykonywanych badań prowadzonej przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Przyjmujący zamówienie zobowiązuję się do obsługi banku Krwi, polegającej na codziennej
i bieżącej realizacji w RCKiK, zamówień na składniki krwi i produkty krwiopochodne, wydawaniu składników krwi i produktów krwiopochodnych na oddziały, przyjmowaniu resztek poprzetoczeniowych z oddziałów i przekazywanie ich po upływie 72 godzin do utylizacji
oraz dokonywaniu pomiarów i zapisów temperatury w urządzeniach służących
do przechowywania składników krwi i produktów krwiopochodnych w banku Krwi zgodnie
z obowiązującymi przepisami.

Przyjmujący zamówienie zobowiązuję się do wdrożenia w Szpitalu modułu komputerowego
do obsługi Banku krwi, kompatybilnego z programem w Pracowni Serologii Transfuzjologicznej, za pomocą którego będzie możliwe:

1) prowadzenie dokumentacji przychodów i rozchodów składników krwi, dostarczanych z RCKiK i wydawanych na poszczególne oddziały, z **uwzględnieniem wszystkich rodzajów składników krwi i porcji pediatrycznych**.

2) realizacji obowiązku sprawozdawczości do IHiT i NCK zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia Poz. 92)
(patrz tabela 16.7 „ Zużycie składników krwi w oddziałach szpitalnych” str 591-592).

Przyjmujący zamówienie zapewni moduł komputerowy do Banku krwi kompatybilny
do modułu serologicznego, uwzględniający porcje pediatryczne składników krwi.

Udzielający zamówienia wymaga wykonania integracji pomiędzy systemami, co najmniej w zakresie odbioru zleceń analitycznych i bakteriologicznych badań laboratoryjnych z systemu HIS
i przekazania wyników zleconych badań z systemu LIS do system HIS zgodnie z Załącznikiem Nr 11 SWKO.

5. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do świadczenia usług w trybie pilnym „cito”
w siedzibie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Udzielającego zamówienia. Czas wykonania badania jest liczony od zarejestrowania zlecenia do pojawienia się wyniku w formie elektronicznej.

6. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał oznaczenia danego parametru metodami o czułości i swoistości przydatnymi klinicznie, z odpowiednimi zakresami referencyjnymi dostosowanymi także do potrzeb konkretnego programu naukowego – według na bieżąco zgłaszanych potrzeb przez Udzielającego zamówienie.

7. Wszelkie zastosowane oprogramowania, aparatura, sprzęt, urządzenia itp. będą wykorzystywane zgodnie z obowiązującymi w tej dziedzinie przepisami oraz nie będą zakłócały pracy aparatury i sprzętu medycznego będącego na wyposażeniu Udzielającego zamówienia.

8. Przyjmujący zamówienia zobowiązany jest zapewnić przez cały okres trwania umowy, obsługę administracyjno-techniczną (np.: drukowanie i dystrybucja wszelkich formularzy i druków)
w zakresie świadczenia usług będących przedmiotem postępowania konkursowego, zgodnie
z obowiązującymi przepisami, a także zgodnie z potrzebą Udzielającego zamówienie. Szczegółowe uzgodnienia dotyczące wewnętrznych potrzeb Udzielającego zamówienie będą przedmiotem ustaleń po podpisaniu umowy.

9. Przyjmujący zamówienie w zakresie wykonywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi będzie brał udział w okresowych porównaniach międzylaboratoryjnych krajowych
i międzynarodowych jakości świadczonych usług. Na początku każdego roku kalendarzowego Przyjmujący zamówienie przekaże Udzielającemu zamówienie kserokopie zaświadczeń potwierdzających udział i ocenę laboratorium w programie zewnętrznej oceny oraz świadectw potwierdzających spełnienie przez laboratorium kryteriów jakościowych dla wybranych analitów wydanych przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej
i Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej.

10. Przyjmujący zamówienie w zakresie wykonywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z diagnostyki laboratoryjnej mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej
oraz obsługę banku krwi będzie poddawał się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

11. Udzielający zamówienie dopuszcza, aby Przyjmujący zamówienie świadczył usługi na rzecz innych podmiotów lub osób, pod warunkiem wcześniejszego uzyskania jego zgody oraz pod warunkiem, że nie ograniczy to dostępności do badań dla Udzielającego zamówienie i nie będzie uciążliwe dla jego działalności. Ewentualna zgoda udzielającego zamówienie wymagać będzie formy pisemnej.

12. Zapewni system informatyczny, który będzie spełniał wymogi opisane w dokumentacji konkursowej.

13. Przyjmujący zamówienie w pomieszczeniach laboratoryjnych prowadzi system wewnętrznej kontroli jakości w celu potwierdzenia jakości wyników i oceny kalibracji i funkcjonowania przyrządów pomiarowych i odczynników.

14. Świadczenie usług zdrowotnych, będących przedmiotem postępowania konkursowego musi być zgodne ze standardami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych
i mikrobiologicznych (Dz.U. 2016 r. poz. 1665 z późn. zm.).

15. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rozdziału materiału biologicznego w celu przesłania go do innych laboratoriów Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi (zgodnie z ustaleniami). Materiał ten będzie odbierany przez upoważnionego pracownika Centralnego Szpitala Klinicznego.

Oferent zobowiązany jest do dokonania przy udziale przedstawiciela Udzielającego zamówienie, wizji lokalnej pomieszczeń, które będą wynajęte Przyjmującemu zamówienie. Termin (dzień
i godzina) dokonania wizji lokalnej pomieszczeń należy wcześniej uzgodnić z Udzielającym zamówienie telefonicznie lub e-mailem (tel. 42 675-74-33; akot@csk.umed.lodz.pl).

**V. Warunki udziału w postępowaniu:**

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

1. Są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi
oraz spełniają warunki określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.).
2. Posiadają uprawnienia niezbędne do wykonywania zamówienia, w szczególności
do wykonywania pełnego zakresu zadań diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologicznej, serologii transfuzjologicznej oraz obsługi banku krwi.
3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia, zgodnie
z przepisami prawa i wymogami w tym zakresie.
4. Posiadają potencjał techniczny niezbędny do prowadzenia świadczeń ujętych postępowaniem konkursowym: wyposażenie podstawowe, pomiarowo-badawcze, umożliwiające pobieranie krwi metodą aspiracyjno-próżniową, zapewniające bezpieczeństwo i higienę pracy oraz urządzenia telekomunikacyjne, środki transportu i odpowiednie systemy informatyczne, gwarantujące wykonywanie usług wysokiej jakości.
5. Dysponują osobami, które posiadają kwalifikacje zawodowe odpowiadające zakresowi zadań
na danym stanowisku pracy, w liczbie zapewniającej całodobowe i nieprzerwane wykonanie usługi niniejszego postępowania konkursowego.
6. Znajdują się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonywanie zamówienia.
7. Nie zalegają w płaceniu składek na ubezpieczenie społeczne.
8. Nie zalegają w płaceniu podatków i opłat.
9. Nie byli skazani prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku
z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych,
a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego – dotyczy urzędujących członków władz, tj. osoby fizycznej prowadzącej utworzony w ramach działalności gospodarczej podmiot leczniczy, prowadzący przedsiębiorstwo wspólnicy spółki cywilnej lub osobowej spółki prawa handlowego (jawnej – w odniesieniu do wspólników, partnerskiej - w odniesieniu do partnerów lub członków zarządu, komandytowej lub komandytowo-akcyjnej - w odniesieniu do komplementariuszy), członkowie zarządu prowadzącej przedsiębiorstwo spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej.
10. Posiadają medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych oraz prowadzą pracownie diagnostyki laboratoryjnej w co najmniej trzech szpitalach posiadających status publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki badawczo-rozwojowej, w których wykonują (wykonywali) badania będące przedmiotem niniejszego konkursu, poparte referencjami.
11. Posiadają min. 2 letnie doświadczenie w prowadzeniu banku krwi w warunkach szpitalnych, poparte protokołami kontroli prowadzonymi przez RCKiK.
12. Posiadają obowiązkową polisę OC z tytułu przejęcia świadczenia usług będących przedmiotem niniejszego konkursu na kwotę gwarantowaną w wysokości nie niższej niż wynikająca
z obowiązujących przepisów dotyczących podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub w przypadku braku takiego ubezpieczania złożą oświadczenie, że będą posiadali taką polisę
w dniu zawarcia umowy.
13. Posiadają polisę OC za szkody w mieniu lub na osobie, wyrządzone w związku
z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, wraz ze szkodami wyrządzonymi w związku
z prowadzeniem działalności lub posiadaniem mienia służącego do wykonywania świadczeń zdrowotnych, poszerzoną o szkody w nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, lub w przypadku braku takiego ubezpieczania złożą oświadczenie, że będą posiadali taką polisę w dniu zawarcia umowy.
14. Udzielać będą świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w siedzibie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Szpitala na warunkach określonych w umowie najmu oraz przy użyciu własnego i/lub dzierżawionego sprzętu i aparatury medycznej, zgodnie
ze standardami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r.
w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych
i mikrobiologicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1665 z późn. zm.).
15. Do świadczenia zamawianych usług będą stosować nowoczesny system informatyczny, zapewniający prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami NFZ, a także uwzględniający potrzeby Udzielającego zamówienia w zakresie prowadzenia sprawozdawczości (wewnętrznej w szpitalu i dla jednostek zewnętrznych). Sprzęt i system informatyczny musi być kompatybilny z oprogramowaniem jakie posiada Szpital.
16. Będą brali udział w okresowych kontrolach ogólnopolskich i międzynarodowych jakości świadczonych usług.
17. Poddadzą się kontroli NFZ i Udzielającego zamówienia oraz wyrażają zgodę
na przeprowadzanie audytów przez audytorów Udzielającego zamówienia oraz firm certyfikujących i akredytujących.
18. Zapoznają się i zaakceptują wszystkie wymagania SWKO.
19. Zaproponują najkorzystniejszą cenę, w której zawierać się będą wszystkie koszty, jakie Oferent musi ponieść, aby wykonać przedmiot zamówienia (zgodny z opisem SWKO).
20. Przedłożą wszystkie dokumenty wymagane postanowieniami SWKO.

Ocena spełnienia wymagań zostanie przeprowadzona na podstawie złożonych przez Oferenta dokumentów przy zastosowaniu formuły spełnia/nie spełnia. Oferty niespełniające wymagań zostaną odrzucone.

**VI. Wykaz oświadczeń i dokumentów, jakie mają dostarczyć Oferenci
w celu potwierdzenia spełniania udziału w postępowaniu:**

Oferta winna zawierać:

1. Wypełniony i podpisany Formularz Asortymentowo – Cenowy – Załącznik nr 1;
2. Wypełniony i podpisany Formularz Ofertowy – Załącznik nr 2;
3. Oświadczenie Oferenta – Załącznik nr 3;
4. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie
do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej tj. KRS/CEIDG (aktualność 3 miesiące);
5. Aktualny wypis/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwy urząd wojewódzki, tzn. strona pierwsza;
6. Wypis z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych;
7. Zaświadczenia z właściwego urzędu skarbowego oraz oddziału ZUS potwierdzające,
że oferent nie zalega z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych oraz składek
na ubezpieczenia społeczne (aktualność 3 miesiące);
8. Kopie bilansu za 2017 rok i min. 6 m-cy 2018 roku lub podpisany przez biegłego księgowego Rachunek zysku i strat za 2017 r. i min. 6 m-cy 2018 roku, który musi zawierać informacje
o przychodzie z działalności laboratoryjnej i osiągniętego zysku;
9. Kopia obowiązkowej polisy OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń
w zakresie udzielonego zamówienia na kwotę gwarantowaną w wysokości nie niższej niż wynikająca z obowiązujących przepisów dotyczących podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub w przypadku braku takiego ubezpieczania oświadczenie, że Oferent będzie posiadał taką polisę w dniu zawarcia umowy – Załącznik nr 4. Ubezpieczenie będzie zawierać klauzulę o rozszerzeniu odpowiedzialności za szkody wyrządzone wskutek przeniesienia choroby zakaźnej i zakażeń, w tym zakażenie wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW. Przyjmujący zamówienie musi posiadać powyższe ubezpieczenie przez cały okres trwania umowy na świadczenia objęte niniejszym konkursem;
10. Kopia polisy OC za szkody w mieniu lub na osobie, wyrządzone w związku
z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, wraz ze szkodami wyrządzonymi w związku
z prowadzeniem działalności lub posiadaniem mienia służącego do wykonywania świadczeń zdrowotnych, poszerzona o szkody w nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, lub w przypadku braku takiego ubezpieczania oświadczenie, że Oferent będzie posiadał taką polisę w dniu zawarcia umowy – Załącznik nr 5. Suma gwarancyjna ubezpieczenia nie może być niższa niż 200 000 zł - przez cały okres trwania ubezpieczenia. Przyjmujący zamówienie musi posiadać powyższe ubezpieczenie przez cały okres trwania umowy na świadczenia objęte niniejszym konkursem, a więc i zgodnie z umową najmu;
11. Wykaz jednostek, z którymi Oferent zawarł umowy w okresie ostatnich 5 lat (wymagane przynajmniej trzy szpitale posiadające status publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki badawczo-rozwojowej), na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu wraz z referencjami z tych szpitali/jednostek. Do powyższego wykazu należy dołączyć wykaz badań, jakie były (są) świadczone na rzecz tych jednostek potwierdzony przez te jednostki, lub przedstawienia wykazu wykonywanych badań w jednostkach z którymi Oferent zawarł umowy (załączniki tych umów, zawierające wykaz badań objętych umową z daną jednostką).
W przypadku negatywnych referencji Oferent będzie wykluczony z postępowania. Niniejszy wykaz wraz z załączonym wykazem badań stanowić będzie Załącznik nr 6;
12. Wykaz sprzętu i aparatury przeznaczonych do wykonania badań w zakresie diagnostyki niniejszego konkursu, na których będą udzielane świadczenia zdrowotne – Załącznik nr 7;
13. Liczba personelu, którym będzie dysponować Przyjmujący zamówienie w celu świadczenia usług zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert wraz z określeniem stanowiska, wymiaru zatrudnienia, kwalifikacji potwierdzających spełnianie wymagań fachowych określonych w obowiązujących przepisach i odbytych szkoleniach – Załącznik nr 8;
14. Podpisany „Projekt umowy” oraz „Projekt umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych” – Załącznik nr 9;
15. Podpisany „Projekt umowy najmu” – Załącznik nr 10;
16. Minimalne wymagania stawiane przez Udzielającego zamówienie odnośnie nowoczesnego systemu informatycznego – Załącznik nr 11;
17. Oświadczenie potwierdzające, że urzędujący członkowie władz, tj. osoby fizycznej prowadzącej utworzony w ramach działalności gospodarczej podmiot leczniczy, prowadzący przedsiębiorstwo wspólnicy spółki cywilnej lub osobowej spółki prawa handlowego, członkowie zarządu prowadzącej przedsiębiorstwo spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej nie byli skazani prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego – Załącznik nr 12;
18. Kopia certyfikatu PN-EN ISO 15189; Ewentualne kopie dodatkowych certyfikatów
(np. zarządzania jakością, bezpieczeństwa informacji, środowiskowy, bhp, inne)
19. Oferent przedstawi przynajmniej trzy dokumenty (certyfikaty) potwierdzające udział
w programach kontroli zewnątrzlaboratoryjnej jakości (w tym przynajmniej jeden certyfikat potwierdzający udział w programie Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej z placówek lecznictwa stacjonarnego dla których wykonywało badania oraz certyfikat potwierdzający udział w międzynarodowym programie), obejmujące przedmiot postępowania konkursowego oraz kopie protokołów tych kontroli oraz kontroli banku krwi
z ostatnich dwóch lat. Ponadto dołączy aktualną informację o wynikach uzyskanych
w powszechnym programie sprawdzianów dla chemii klinicznej, parametrów RKZ, elektrolitów, hematologii, koagulologii immunochemii prowadzonym przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej. Minimalna ocena zbiorcza wymagana jest na poziomie co najmniej dobrym;
20. Zestawienie zawierające liczbę i rodzaj badań wykonanych przez Oferenta
z ostatnich trzech miesięcy (zestawienie sporządzone przez Oferenta) stanowi Załącznik nr 13;
21. Oświadczenie, że w sytuacjach awaryjnych, powodujących niemożność wykonania powyższych świadczeń w siedzibie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zabezpieczy wykonywanie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia na koszt Przyjmującego zamówienie. Oświadczenie stanowi Załącznik nr 14;
22. Kopię zaświadczenia z pokontrolnej oceny wykonywania badań z zakresu serologii transfuzjologicznej, przeprowadzanym przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa, w ramach wewnętrznej kontroli jakości;
23. Kopię wyniku protokołu z kontroli przeprowadzonej przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w pracowni serologii transfuzjologicznej w laboratorium Przyjmującego zamówienie.

Powyższe dokumenty należy dołączyć do oferty, pod rygorem jej odrzucenia w przypadku braku któregokolwiek dokumentu.

W przypadku złożenia niekompletnej oferty Udzielający zamówienia może wezwać Przyjmującego zamówienie do uzupełnienia dokumentów w określonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty. Oferenci składający kopie dokumentów, muszą je poświadczyć za zgodność z oryginałem.

**VII. Obowiązki Oferenta i sposób przygotowania oferty:**

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, z wyłączeniem pojęć medycznych.
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. 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.
6. 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.
7. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta lub osobę upoważnioną na podstawie pełnomocnictwa. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.
8. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne
w tym zakresie pytania.
9. Brak jakiegokolwiek wymaganego dokumentu, załącznika lub złożenie ich w sposób niezgodny z wymaganiami bądź w niewłaściwej formie, np. podpisanych przez osobę nieuprawnioną, spowoduje odrzucenie oferty.
10. Cena oferty musi być podana, jako cena brutto w złotych polskich.
11. Cena winna być wpisana przez Oferenta do „Formularza Asortymentowo-Cenowego” stanowiącego - Załącznik nr 1.
12. Oferta winna obejmować całość zamówienia. Oferty cząstkowe nie będą brane pod uwagę.
13. 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.
14. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jak ofertę
z dopiskiem "Zmiana oferty" lub "Wycofanie oferty".
15. Jeżeli Oferent zastrzega niejawność informacji stanowiących treść oferty w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r. poz. 419 z późn. zm.), jest zobowiązany załączyć do oferty zastrzeżenia poprzez oznaczenie odpowiednią klauzulą, ewentualnie wpiąć utajnione dokumenty w nieprzezroczyste koperty.

Do oferty należy dostarczyć wykaz dokumentów tajnych.

**VIII. Informacje o sposobie porozumiewania się:**

1. W przypadku wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się o wyjaśnienia w formie pisemnej, faksem lub pocztą elektroniczną
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”, bez podania źródła zapytania.
5. Ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert można zapoznać się na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl/) w zakładce Ogłoszenia – Konkursy.
6. Kontakt z Oferentami:

 – tel. 42 675 74 33; 604 405 740;

– fax 42 678 93 68

– e-mail: poczta@csk.umed.pl

1. Informacji dotyczących konkursu udziela się w godz. 08.00 – 14.00.

**IX. Termin związania ofertą:**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

**X. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert:**

1. Oferty wraz z wymaganymi dokumentami należy składać w zamkniętej kopercie opatrzonej pieczątką Oferenta w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251 w sekretariacie Szpitala w pok. 216
z dopiskiem:

## „Konkurs ofert na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

## Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi”

**Nie otwierać przed dniem 10.01.2019 r. godz. 10.30**

1. **Termin składania ofert upływa w dniu 10.01.2019 r. o godzinie 10.10.**
2. Oferta przesłana Pocztą Polską lub pocztą kurierską będzie traktowana jako złożona
w terminie jeżeli zostanie dostarczona do siedziby ogłaszającego konkurs do dnia 10.01.2019 r. do godz. 10.10.
3. W przypadku przesłania oferty pocztą/kurierem decyduje data i godzina jej wpływu
do sekretariatu Szpitala (pok. 216), a nie data stempla pocztowego.
4. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 10.01.2018 r. o godzinie 10.30** w pok. 367 w siedzibie Udzielającego zamówienia (bud. A-3) w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.
5. Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.
6. Oferty złożone po wyznaczonym terminie zostaną zwrócone bez otwierania.
7. Wyniki konkursu zostaną niezwłocznie przekazane Oferentom na piśmie oraz ogłoszone
na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl/) i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala.

**XI. Kryteria oceny ofert:**

1. Oceniane będą tylko ważne oferty niepodlegające odrzuceniu, które spełniają w całości wymagania SWKO.
2. Kryteria oceny ofert – stosowanie matematycznych obliczeń przy ocenie ofert, stanowi podstawową zasadę oceny ofert, które oceniane będą w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez Przyjmujących zamówienie w zakresie każdego kryterium.
3. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów w oparciu o następujące kryteria:

a) **Cena (zgodnie z Załącznikiem nr 1- suma Pakietów nr 1, 2, 3 do oferty) -** **(0-80 pkt.)**

Cena liczona wg wzoru: (cena oferty z najniższą ceną/cena oferty badanej) x 80

b) **Certyfikaty - (0-20 pkt.)**

Przyjmuje się 5 pkt za każdy certyfikat ponad wymagany do oferty ISO 15189 (np. zarządzania jakością, bezpieczeństwa informacji, środowiskowy, bhp, inne). Ocena będzie dokonywana
w oparciu o przedstawiony wraz z ofertą certyfikat uprawnionej firmy audytorskiej, potwierdzający posiadanie wdrożonego i ważnego certyfikatu.

**Maksymalna liczba punktów do uzyskania – 100**

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą wartość punktową, wynikającą z sumy składników a-b, wyliczonych według ww. punktacji.

Udzielający zamówienie zastosuje zaokrąglenie wyników do dwóch miejsc po przecinku.

**XII. Odrzuca się ofertę:**

1. Złożoną przez Oferenta po terminie;
2. Zawierającą nieprawdziwe informacje;
3. Jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń zdrowotnych;
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 zamówienia 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 zamówienie 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 zdrowotnych, 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 zdrowotnych w danym postępowaniu;
	5. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienie, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. 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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.).
2. Środki odwoławcze nie przysługują na :
	1. niedokonanie wyboru Oferenta,
	2. unieważnienia postępowania konkursowego.

**XVI. Warunki umowy:**

1. Udzielający zamówienia podpisze umowę z Oferentem wybranym w postępowaniu konkursowym w terminie do 21 dni od dnia wyboru oferty. Postanowienia umów w zakresie wykonania badań i najmu pomieszczeń zawarto w projektach umowy, które stanowią załączniki nr 9-10.
2. Termin umowy: 36 miesięcy od dnia podpisania.
3. Nie podpisanie umowy przez Przyjmującego zamówienie w terminie, o którym mowa w pkt 1 powoduje wykluczenie go z postępowania.

**XVII. Postanowienia końcowe:**

1. Konkurs ofert będzie ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości
lub w części oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
3. Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Udzielającego zamówienia w Dziale Organizacyjnym.

**XVIII. Załączniki:**

1. Wypełniony i podpisany Formularz Asortymentowo - Cenowy – **Załącznik nr 1 (w formacie Excel);**
2. Wypełniony i podpisany Formularz Ofertowy – Załącznik nr 2;
3. Oświadczenie Oferenta – Załącznik nr 3;
4. Kopia obowiązkowej polisy OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń
w zakresie udzielonego zamówienia na kwotę gwarantowaną w wysokości nie niższej niż wynikająca z obowiązujących przepisów dotyczących podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub w przypadku braku takiego ubezpieczania oświadczenie, że Oferent będzie posiadał taką polisę w dniu zawarcia umowy – Załącznik nr 4. Ubezpieczenie będzie zawierać klauzulę o rozszerzeniu odpowiedzialności za szkody wyrządzone wskutek przeniesienia choroby zakaźnej i zakażeń, w tym zakażenie wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW. Przyjmujący zamówienie musi posiadać powyższe ubezpieczenie przez cały okres trwania umowy na świadczenia objęte niniejszym konkursem;
5. Kopia polisy OC za szkody w mieniu lub na osobie, wyrządzone w związku
z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, wraz ze szkodami wyrządzonymi w związku
z prowadzeniem działalności lub posiadaniem mienia służącego do wykonywania świadczeń zdrowotnych, poszerzona o szkody w nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, lub w przypadku braku takiego ubezpieczania oświadczenie, że Oferent będzie posiadał taką polisę w dniu zawarcia umowy – Załącznik nr 5. Suma gwarancyjna ubezpieczenia nie może być niższa niż 200 000 zł - przez cały okres trwania ubezpieczenia. Przyjmujący zamówienie musi posiadać powyższe ubezpieczenie przez cały okres trwania umowy na świadczenia objęte niniejszym konkursem, a więc i zgodnie z umową najmu;
6. Wykaz jednostek, z którymi Oferent zawarł umowy w okresie ostatnich 5 lat (wymagane przynajmniej trzy szpitale posiadające status publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki badawczo-rozwojowej), na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu wraz z referencjami z tych szpitali/jednostek. Do powyższego wykazu należy dołączyć wykaz badań, jakie były (są) świadczone na rzecz tych jednostek potwierdzony przez te jednostki, lub przedstawienia wykazu wykonywanych badań w jednostkach z którymi Oferent zawarł umowy (załączniki tych umów, zawierające wykaz badań objętych umową z daną jednostką).
W przypadku negatywnych referencji Oferent będzie wykluczony z postępowania. Niniejszy wykaz wraz z załączonym wykazem badań stanowić będzie Załącznik nr 6;
7. Wykaz sprzętu i aparatury przeznaczonych do wykonania badań w zakresie diagnostyki niniejszego konkursu, na których będą udzielane świadczenia zdrowotne – Załącznik nr 7;
8. Liczba personelu, którym będzie dysponować Przyjmujący zamówienie w celu świadczenia usług zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert wraz z określeniem stanowiska, wymiaru zatrudnienia, kwalifikacji potwierdzających spełnianie wymagań fachowych określonych w obowiązujących przepisach i odbytych szkoleniach – Załącznik nr 8;
9. Podpisany „Projekt umowy” oraz „Projekt umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych” – Załącznik nr 9;
10. Podpisany „Projekt umowy najmu” – Załącznik nr 10;
11. Minimalne wymagania stawiane przez Udzielającego zamówienie odnośnie nowoczesnego systemu informatycznego – Załącznik nr 11;
12. Oświadczenie potwierdzające, że urzędujący członkowie władz, tj. osoby fizycznej prowadzącej utworzony w ramach działalności gospodarczej podmiot leczniczy, prowadzący przedsiębiorstwo wspólnicy spółki cywilnej lub osobowej spółki prawa handlowego, członkowie zarządu prowadzącej przedsiębiorstwo spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej nie byli skazani prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego – Załącznik nr 12;
13. Zestawienie zawierające liczbę i rodzaj badań wykonanych przez Oferenta
z ostatnich trzech miesięcy (zestawienie sporządzone przez Oferenta) stanowi Załącznik nr 13;
14. Oświadczenie, że w sytuacjach awaryjnych, powodujących niemożność wykonania powyższych świadczeń w siedzibie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zabezpieczy wykonywanie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia na koszt Przyjmującego zamówienie. Oświadczenie stanowi Załącznik nr 14;

Łódź, 28.12.2018 r.

## ZAŁĄCZNIK NR 2 SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

## W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM

## NA UDZIELANIE CAŁODOBOWYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCHW ZAKRESIE DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ, MIKROBIOLOGII, SEROLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ ORAZ OBSŁUGĘ BANKU KRWI

## W UNIWERSYTECKIM CENTRUM PEDIATRII IM. M. KONOPNICKIEJ CENTRALNEGO SZPITALA KLINICZNEGO

## UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

.................... dnia ................

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

 (pieczątka Oferenta)

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

 **Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**92-213 Łódź, ul. Pomorska 251**

Nazwa Oferenta: ….......................................................................................................................................

Adres Oferenta: .............................................................................................................................................

Adres do korespondencji: ............................................................................................................................ NR KRS ................................................... NIP........................................... REGON ................................

Strona internetowa: ............................... E-mail: ...........................................Tel./Fax .............................

Nr konta:.........................................................................................................................................................

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy: …................................................................ Tel. .............

Osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu: ................................................................................

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonych projektów umowy w załącznikach
nr 9-10 i zobowiązuję się do ich podpisania na warunkach określonych w projektach umowy,
 w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej realizację zamówienia.
4. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że pozostanę związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty jej złożenia.
6. Oświadczam, że wszelkie podane przez nas informacje są prawdziwe oraz wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń objętych postępowaniem
z należytą starannością i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do adaptacji pomieszczeń przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań laboratoryjnych tak, aby odpowiadały one obowiązującym, określonym prawem wymaganiom stawianym laboratorium, przy wykorzystaniu własnych środków finansowych.
9. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania badań będących przedmiotem zamówienia przy wykorzystaniu zainstalowanego przez siebie sprzętu i aparatury medycznej i przy udziale personelu posiadającego niezbędne kwalifikacje.
10. Oświadczam, że zobowiązuję się do integracji systemu informatycznego oraz przedstawienia dokumentacji powdrożeniowej z pełnej integracji systemów informatycznych.
11. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dla potrzeb realizacji konkursu
oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. 1000). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 3 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Oświadczenie Oferenta**

Składając ofertę w konkursie ofert na udzielenie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługi banku krwi, oświadczam, że dokonałem wizji lokalnej pomieszczeń przeznaczonych do najmu
w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. Pankiewicza 16 (Spornej 36/50) i nie wnosimy uwag
i zastrzeżeń.

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 4 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że w dniu zawarcia umowy będę posiadał ważną obowiązkową polisę OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia na kwotę gwarantowaną
w wysokości nie niższej niż wynikająca z obowiązujących przepisów dotyczących podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ubezpieczenie będzie zawierać klauzulę o rozszerzeniu odpowiedzialności za szkody wyrządzone wskutek przeniesienia choroby zakaźnej i zakażeń, w tym zakażenie wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

Oświadczam, że będę kontynuował niniejszą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy.

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 5 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że w dniu zawarcia umowy będę posiadał ważną polisę OC za szkody w mieniu
lub na osobie, wyrządzone w związku z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, wraz ze szkodami wyrządzonymi w związku z prowadzeniem działalności lub posiadaniem mienia służącego do wykonywania świadczeń zdrowotnych, poszerzoną o szkody w nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu. Suma gwarancyjna ubezpieczenia nie może być niższa niż 200 000 zł przez cały okres trwania ubezpieczenia.

Oświadczam, że będę kontynuował niniejszą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy na świadczenia objęte niniejszym konkursem, a więc i zgodnie
z umową najmu.

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 6 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Wykaz wykonywanych usług**

Wykaz jednostek, z którymi Oferent zawarł umowy w okresie ostatnich 5 lat, (przynajmniej trzy szpitale posiadające status publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki badawczo -rozwojowej), na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu wraz z referencjami z tych szpitali/jednostek.

Do powyższego wykazu należy dołączyć wykaz badań, jakie były (są) świadczone na rzecz tych jednostek, potwierdzony przez te jednostki lub przedstawienia wykazu wykonywanych badań
w jednostkach z którymi Oferent zawarł umowy (załączniki tych umów, zawierające wykaz badań objętych umową z daną jednostką).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Podmiot, z którym zawarto umowę | Data zawarcia umowy (od kiedy- do kiedy) |  ReferencjeTAK/NIE |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 7 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ..................................................................................................................................**

**Wykaz sprzętu i aparatury przeznaczonej do wykonania badań w zakresie diagnostyki niniejszego postępowania, na których będą udzielane świadczenia zdrowotne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa aparatu | Producent | Rok produkcji | Menu parametrów | Możliwość pracy ciągłej 24 godz. na dobę | Czas uzyskiwania wyniku | Możliwość dostawiania próbek cito |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 8 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

**Adres ...................................................................................................................................**

**Liczba personelu, którym będzie dysponować Przyjmujący zamówienie w celu świadczenia usług zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym zgodnie z wymogami Udzielającego zamówienie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba osób**  | **Stanowisko** | **Wymiar****etatu** | **Kwalifikacje** | **Odbyte szkolenia za ostatnie 48 miesięcy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń objętych umową, mających odpowiednie kwalifikacje – …………….…. osoby.

 **................................................. .................................................**

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 9 SWKO**

**PROJEKT - UMOWY**

**na całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi**

zawarta w dniu …………… w Łodzi, pomiędzy

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

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

reprezentowanym przez ………………………………………

zwanym dalej „Udzielającym zamówienia”,

a ………………………………………………………………. z siedzibą w ………...

REGON: ……………………., NIP:……………………, KRS ……………………..……… .

reprezentowanym /reprezentowaną / przez ………………………………………………….

zwanym dalej „Przyjmującym zamówienie”.

wybranym w **trybie postępowania konkursowego** w oparciu o ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), o następującej treści:

§ 1

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi, na rzecz Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi przy ul. Pankiewicza 16 (ul. Spornej 36/50) na zasadach określonych w SWKO, niniejszej umowie oraz obowiązujących przepisach prawa.
2. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych będą wynajmowane od Udzielającego Zamówienia pomieszczenia na podstawie odrębnie zawartej umowy najmu nr ………………..
3. Szczegółowy zakres świadczeń określa Załącznik nr 1 do niniejszej umowy (przedmiot umowy), zgodnie z ofertą konkursową. Załącznik określa rodzaj, orientacyjną liczbę zamawianych badań, czas oczekiwania na badanie (z uwzględnieniem informacji o badaniach zlecanych
w trybie pilnym - „na cito”) oraz wszelkie inne informacje związane z realizacją świadczenia przedmiotowej usługi.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada wszelkie kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie
z zasadami wiedzy medycznej oraz obowiązującymi standardami realizacji badań
i wymogami ustawy o diagnostyce laboratoryjnej przy zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowania praw pacjenta do zachowania w tajemnicy spraw związanych
z badaniami.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność
za zapewnienie udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych przez osoby
o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz wymaganiach zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń objętych umową, mających odpowiednie kwalifikacje – ……. osoby.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do współpracy z osobą wyznaczoną przez Udzielającego zamówienie w zakresie wykonywania świadczeń objętych umową oraz zapewnienie jej pełnego dostępudo dokumentacji, aparatury i środków technicznych.
5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że będzie wykonywał badania objęte umową
w pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury medycznej posiadających wymagane certyfikaty i zgodne z wymogami odrębnych przepisów atesty oraz spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach, w tym wymagania sanitarno-epidemiologiczne, a także standardy określone przez NFZ.
6. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na poddanie się kontroli przez Udzielającego zamówienia oraz NFZ w zakresie prawidłowości wykonania usługi, a w przypadku ewentualnego negatywnego jej wyniku poniesienia kosztów nałożonych kar.
7. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przeprowadzanie audytów przez audytorów Udzielającego zamówienia oraz firm certyfikujących i akredytujących.

§ 3

1. Podstawę wykonywania świadczeń, o których mowa w § l będzie stanowić pisemne imienne zlecenie, opatrzone pieczęcią Udzielającego zamówienia i podpisem lekarza kierującego lub zlecenie przekazane drogą elektroniczną.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia rejestru przyjmowanych zleceń
i wyników badań wykonanych na ich podstawie, oraz udostępniania rejestru bądź też zestawień utworzonych na jego podstawie na każde żądanie Udzielającemu zamówienia lub osoby przez niego upoważnionej.
3. Szczegółowe ustalenia (wzory formularzy zleceń, skierowań dotyczących badań zgodnie
z Załącznikiem nr 1 do umowy) strony ustalą po podpisaniu umowy.
4. Wyniki badań będą dostarczane w formie elektronicznej niezwłocznie po wykonaniu badania oraz w formie papierowego oryginału w terminie 2 dni od daty wykonania badania.
5. Przyjmujący zamówienie, w przypadku uzyskania informacji o wynikach badania laboratoryjnego świadczącego o ciężkim zagrożeniu życia lub zdrowia pacjenta,
ma obowiązek niezwłocznego przekazania informacji o wyniku lekarzowi zlecającemu badanie lub lekarzowi dyżurnemu.
6. Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt wykona integrację
z systemem obowiązującym w Szpitalu, co najmniej w zakresie odbioru zleceń analitycznych
i bakteriologicznych badań laboratoryjnych z systemu HIS i przekazania wyników zleconych badań z systemu LIS do system HIS.
7. W przypadku awarii aparatury Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zabezpieczenia wykonania przedmiotu umowy poprzez zlecenie wykonania badań podwykonawcy, po wcześniejszym powiadomieniu o tym fakcie Udzielającemu zamówienia i uzyskaniu jego zgody. Koszty badań u podwykonawcy pokrywa Przyjmujący zamówienie.

§ 4

1. Rozliczenia stron za wykonanie świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy dokonywane będą miesięcznie na podstawie cen jednostkowych brutto wg Załącznika nr 1 oraz ilości świadczeń określonych w oparciu o rejestr, o którym mowa w § 3.
2. Należność za świadczenia płatna będzie za okres jednego miesiąca, w terminie 60 dni od daty otrzymania faktury/rachunku wraz z wykazem świadczeń wykonanych na rzecz Udzielającego zamówienie. Strony ustalają, że faktury za wykonane usługi będą wystawiane co miesiąc do 10 dnia następnego miesiąca kalendarzowego.
3. W przypadku nie załączenia do faktury zestawienia , o którym mowa w ust. 2 zapłata zostanie wstrzymana do dnia uzupełnienia zestawienia.
4. Wykaz udzielonych świadczeń zawierać będzie, co najmniej dane zlecającego świadczenie
oraz rodzaj, liczbę badań, cenę i łączną wartość świadczeń w podziale na poszczególnych zlecających. Wzór zestawień będzie ustalany według potrzeb Udzielającego zamówienia
w trakcie trwania umowy.
5. Za datę zapłaty strony przyjmują dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienie przez jego bank.
6. Ceny jednostkowe świadczeń przez czas trwania umowy mogą ulec zmianie w przypadku zmiany obowiązujących stawek podatku VAT dla udzielanych świadczeń zdrowotnych.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poinformować o tym fakcie Udzielającego zamówienie pisemnie, na przynajmniej 1 miesiąc przed wprowadzeniem zmian. Każda zmiana ceny, wymaga wprowadzenia zmiany aneksem do umowy.
8. Kary umowne za nieterminowe wykonanie badań:
9. Z tytułu nieterminowej realizacji zlecenia, którego termin wykonania liczony jest
w godzinach, Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo naliczania kary umownej
w wysokości:
* ceny opóźnionego badania – za opóźnienie do 2 godzin,
* dwukrotności ceny opóźnionego badania – za opóźnienie powyżej 2 godzin;
1. Z tytułu nieterminowej realizacji zlecenia, którego termin wykonania liczony jest w dniach, Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo naliczania kary umownej w wysokości:
* ceny opóźnionego badania – za opóźnienie do 24 godzin,
* dwukrotności ceny opóźnionego badania – za opóźnienie powyżej 24 godzin.
1. W razie niedostarczenia odpowiedniej ilości probówek lub ich braku Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do ich zakupu i obciążenia Przyjmującego zamówienie kosztami w/w zakupu. Po trzykrotnej reklamacji, Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo
do rozwiązania umowy.
2. W wyjątkowych sytuacjach Udzielający zamówienia może kierować materiał na dodatkowe badania nie objęte przedmiotem konkursu, które zostaną wycenione wg cen wynikających
z cennika Przyjmującego zamówienie aktualnego na dzień podpisania umowy. Skierowania
na takie badania muszą zawierać podpis i imienną pieczęć Dyrektora ds. Lecznictwa Dyrektora ds. Ekonomicznych Udzielającego zamówienia lub Głównego Księgowego.

§ 5

1. Przyjmujący zamówienie, przy dokonywaniu czynności wynikających z realizacji niniejszej umowy, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, a w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia
27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), a także przepisów ustawy z dnia
10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. 1000).
2. W celu prawidłowego wykonania przez Przyjmującego zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy i wyłącznie w zakresie niezbędnym dla wykonania przez Przyjmującego zamówienie takich obowiązków, Udzielający zamówienie powierza Przyjmującemu zamówienie przetwarzanie danych osobowych na podstawie odrębnej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, stanowiącej załącznik do niniejszej umowy.

§ 6

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie objętym
niniejszą umową strony ponoszą solidarnie, chyba, że szkoda zostanie wyrządzona umyślnie
lub jest wynikiem rażących zaniedbań leżących po stronie Przyjmującego zamówienie
lub Udzielającego zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania przez cały czas trwania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.
oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność. Kopia polisy stanowi załącznik do niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania przez cały czas trwania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody osobowe i rzeczowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej poszerzone o szkody w nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu
w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu zamówienia nową polisę, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej.
5. Do powyższych polis należy załączać szczegółowe warunki umowy ubezpieczeniowej.
6. W przypadku nie udokumentowania w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego zamówienie zawarcia przez niego w/w umowy ubezpieczenia, Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia. Zapis stosuje się odpowiednio
w przypadku braku dowodu kontynuacji ubezpieczenia.

§ 7

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do całodobowego świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia, do dnia …………….. zapewniając ciągłość świadczenia tych usług. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w terminie 7 dni od daty podpisania umowy
do umieszczenia w „Portalu Świadczeniodawcy” NFZ informacji o zakresie i czasie obowiązywania umowy.

§ 8

1. Prawa i obowiązki wynikające z mniejszej umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez uzyskania pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się nie przekazywać wierzytelności wynikających
z niniejszej umowy na rzecz osoby trzeciej bez zgody organu tworzącego Udzielającego zamówienia, którym jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do nieprzyjmowania od osób trzecich żadnych zabezpieczeń wierzytelności wynikających z niniejszej umowy bez zgody organu tworzącego Udzielającego zamówienia.

§ 9

Przyjmujący zamówienie gwarantuje współpracę z Udzielającym zamówienie w zakresie nadzoru, poprawy jakości, oceny wiarygodności stosowanych metod i uzyskiwanych wyników, a także wdrażania nowych metod diagnostycznych.

§ 10

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej
i sprawozdawczości statystycznej obowiązującej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z wymogami NFZ oraz według potrzeb Udzielającego zamówienie.

§ 11

* 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia …………… do dnia …………….
	2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem trzymiesięcznego pisemnego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego
	3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie:
1. nie udokumentuje zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej
w terminie 30 dni od daty podpisania umowy;
2. narazi pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia
nienależycie wykonując przedmiot umowy;
3. utraci uprawnienia bądź możliwość realizacji świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia;
4. rażąco naruszy istotne postanowienia umowy i pomimo uprzedniego pisemnego wezwania do zaniechania naruszeń, nadal się ich dopuszcza.

§ 12

W przypadku rozwiązania umowy przez Udzielającego zamówienie z tytułu dopuszczenia się przez Przyjmującego zamówienie rażącego naruszenia postanowień umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonywania całodobowych świadczeń zdrowotnych
w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługi banku krwi, do czasu wyłonienia podmiotu w postępowaniu konkursowym.

§ 13

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Udzielającego zamówienie wszelkich informacji podlegających ochronie, a w szczególności danych osobowych, wyników badań oraz jednostek chorobowych pacjentów. Przyjmujący zamówienie musi zapewnić przestrzeganie prawa pacjenta uregulowanego w obowiązujących przepisach prawnych
(np. przechowywanie i archiwizowanie zleceń, dystrybucja wyników i ich archiwizacja).

§ 14

* 1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
	2. Zmiana postanowień niniejszej umowy oraz wprowadzenie nowych postanowień niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia lub Przyjmującego zamówienie może nastąpić tylko w sytuacji, gdy wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

§ 15

* + 1. W sprawach nieunormowanych niniejszą umową zastosowanie mieć będą przepisy Kodeksu Cywilnego oraz przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
		(t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.).
		2. Sprawy sporne wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy, których strony nie rozwiążą
		w drodze negocjacji, rozstrzygać będzie Sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego zamówienia.

§ 16

Umowę niniejszą sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po l egzemplarzu dla każdej strony.

**Udzielający zamówienia Przyjmujący zamówienie**

**PROJEKT - UMOWY POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH STANOWIĄCA UZUPEŁNIENIE UMOWY ……**

zawarta w dniu ……………… w Łodzi, między:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym
Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,** 92-213 Łódź,
ul. Pomorska 251, posiadającym NIP 728-22-46-128, REGON 472147559, KRS 0000149790,
dr n. med. Moniką Domarecką - Dyrektora Szpitala

 („Administrator”)

a

**…………………………….** posiadającą/ym NIP ……….. REGON …..……KRS…………….

(„Przetwarzający”)

(dalej łącznie jako: „Strony”)

Mając na uwadze, że:

1. Niniejsza Umowa zawarta jest w związku z umową nr **……./ŚM/2019** z dnia ……… („Umowa Podstawowa”), oraz w celu wykonywania Umowy Podstawowej.
2. Na podstawie Umowy Przetwarzający zobowiązał się do świadczenia usług
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych Umową Podstawową.
3. W celu wykonania Umowy Podstawowej niezbędne jest przetwarzania danych osobowych osób, których dane dotyczą przez Przetwarzającego. W związku z tym konieczne jest zawarcie niniejszej Umowy.
4. Strony, zawierając Umowę, dążą do takiego uregulowania zasad przetwarzania danych osobowych, aby odpowiadały one w pełni postanowieniom rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO.

Strony postanowiły zawrzeć Umowę o następującej treści:

§1 Opis przetwarzania

1.1. Na warunkach określonych niniejszą Umową oraz Umową Podstawową, Administrator powierza Przetwarzającemu do przetwarzania dalej opisane dane osobowe (dalej w skrócie zwanych „danymi”) a Przetwarzający zobowiązuje się do ich przetwarzania zgodnie z Umową Powierzenia.

1.2. Przetwarzający zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych następujących kategorii osób, których dane dotyczą:

- pacjenci;

- dane osobowe personelu Udzielającego zamówienia, upoważnionego do wykonywania zadań związanych z realizacją Umowy.

1.3 Zakres powierzonych Przetwarzającemu do przetwarzania danych osobowych obejmuje:

a) pacjentów korzystających z Usługi:

-imię i nazwisko,

- datę urodzenia,

- oznaczenie płci,

- adres miejsca zamieszkania/oddział szpitalny

- nr Pesel,

- dane o stanie zdrowia, rozpoznanie, zlecone zabiegi, informacje lub inne dane o ile są niezbędne do wykonania badania

b) personel Udzielającego zamówienia, upoważniony do wykonywania zadań związanych
z realizacją Umowy:

- dane osobowe lekarzy lub innych osób uprawionych po stronie Udzielającego zamówienia
do zlecania badań ( imię i nazwisko lekarza kierującego, tytuł zawodowy, nr prawa
do wykonywania zawodu),

- dane osób pobierających materiał do badań ( imię i nazwisko, tytuł zawodowy).

1.4. Celem przetwarzania danych osobowych wskazanych w punkcie 1.3. powyżej
jest wykonanie Umowy, w szczególności świadczenie usług, określonych w Umowie Podstawowej, przez Przetwarzającego na rzecz Administratora.

1.5 Przetwarzający będzie w szczególności wykonywał następujące operacje dotyczące powierzonych danych osobowych: zbieranie, utrwalanie, porządkowanie, przechowywanie, wykorzystywanie (do celów wskazanych w pkt. 1.4. powyżej), usuwanie. Dane osobowe będą przez Przetwarzającego przetwarzane w formie elektronicznej w systemach informatycznych oraz
w formie papierowej.

§2

Zasady Przetwarzania danych osobowych

2.1 Przetwarzający może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym
w Umowie Powierzenia.

2.2 Przy przetwarzaniu danych osobowych, Przetwarzający zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności przepisów RODO.

2.3. Przetwarzający oświadcza, że dysponuje zasobami, doświadczeniem, wiedzą fachową
i wykwalifikowanym personelem, które umożliwiają mu prawidłowe wykonanie Umowy Powierzenia oraz wdrożenie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych,
by przetwarzanie spełniało wymogi obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych oraz RODO.

2.4 Przetwarzający oświadcza, że podjął skuteczne środki techniczne i organizacyjne zabezpieczające dane osobowe przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem przepisów prawa oraz uszkodzeniem, zniszczeniem, utratą lub nieuzasadnioną modyfikacją. Przetwarzający zobowiązuje się do przestrzegania wymogów RODO dotyczących bezpieczeństwa przetwarzania oraz innych obowiązujących przepisów prawa w tym względzie.

2.5. Przetwarzający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych
oraz sposobów ich zabezpieczenia, w tym także po rozwiązaniu Umowy Powierzenia, oraz zobowiązuje się zapewnić, aby jego pracownicy oraz inne osoby upoważnione do przetwarzania powierzonych danych osobowych, zobowiązały się do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia, w tym także po rozwiązaniu Umowy Powierzenia.

2.6 Przetwarzający zobowiązuje się powiadomić Administratora niezwłocznie o:

a) wszczęciu kontroli przez Urząd Ochrony Danych lub przez inny organ nadzorczy zajmujący się ochroną danych osobowych w związku z powierzeniem Przetwarzającemu przetwarzanie danych osobowych, a także o wszelkich decyzjach lub postanowieniach administracyjnych wydanych wobec Przetwarzającego w związku z powyższym;

b) wszczętych lub toczących się postępowaniach administracyjnych, sądowych lub przygotowawczych związanych z powierzeniem Przetwarzającemu przetwarzania danych osobowych, a także o wszelkich decyzjach, postanowieniach lub orzeczeniach wydanych wobec Przetwarzającego w związku z powyższym;

c) wszelkich incydentach dotyczących powierzonych do przetwarzania danych osobowych przez Przetwarzającego, w tym uzyskania przypadkowego lub nieupoważnionego dostępu do powierzonych danych osobowych, przypadkach zmiany, utraty, uszkodzenia lub zniszczenia powierzonych Przetwarzającemu danych osobowych.

2.7 Przetwarzający nie może przekazywać powierzonych mu do przetwarzania danych osobowych do podmiotów znajdujących się w państwach spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

§3

Dalsze powierzenie przetwarzania danych osobowych

3.1. Powierzający może powierzyć Dane Osobowe do dalszego przetwarzania innym podmiotom jedynie za uprzednią, wyrażoną a piśmie pod rygorem nieważności, zgodą Administratora. Zgoda wydawana jest w odniesieniu do ściśle określonych osób lub podmiotów ( podwykonawców) oraz określa cel., zakres oraz warunki dalszego powierzenia przetwarzania Danych Osobowych.

§4

Uprawnienia kontrolne Administratora

4.1. Administrator lub upoważniony przez niego audytor zewnętrzny ma prawo
do przeprowadzenia kontroli i audytów przestrzegania przez Przetwarzającego zasad przetwarzania danych osobowych, o których mowa w Umowie Powierzenia oraz w obowiązujących przepisach prawa, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu przez Strony na 10 dni przed planowaną kontrolą. Przetwarzający dokona niezbędnych czynności w celu umożliwienia wykonania tego uprawnienia przez Administratora.

4.2 Przetwarzający jest zobowiązany do zastosowania się do zaleceń Administratora dotyczących zasad przetwarzania powierzonych danych osobowych oraz dotyczących poprawy zabezpieczenia danych osobowych, sporządzonych w wyniku kontroli przeprowadzonych przez Administratora lub upoważnionego przez niego audytora.

§5

Realizacja Umowy powierzenia przetwarzania danych

5.1 Przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe zgodnie z udokumentowanymi poleceniami Administratora, przy czym za takie udokumentowanie polecenia uważa się polecenia przekazywane drogą elektroniczną lub na piśmie.

5.2. Przetwarzający zobowiązuje się:

a) wdrożyć odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, by przetwarzanie danych osobowych spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą w tym środki techniczne
i organizacyjne zapewniające bezpieczeństwo przetwarzania, o których mowa w art. 32 RODO;

b) uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje pomagać Administratorowi w wywiązywaniu się z obowiązków określonych w art. 32-36 RODO; w szczególności Przetwarzający zobowiązuje się przekazywać Administratorowi informacje oraz wykonywać jego polecenia dotyczące stosowanych środków zabezpieczania powierzonych danych osobowych, przypadków naruszenia ochrony danych osobowych będących przedmiotem Umowy Powierzenia

c) przekazywać Administratorowi, w ciągu 24 godzin od stwierdzenia naruszenia, informacje
o naruszeniu ochrony powierzonych Przetwarzającemu danych osobowych, w tym informacje niezbędne Administratorowi do zgłoszenia naruszenia ochrony danych organowi nadzorczemu,
w którym mowa w art. 33 ust. 3 RODO.

d) w miarę możliwości pomagać Administratorowi, poprzez odpowiednie środki techniczne
i organizacyjne oraz na podstawie odrębnych ustaleń, w wywiązywaniu się z obowiązku odpowiadania na żądania osób, których dane dotyczą, w zakresie wykonywania ich praw określonych w rozdziale III RODO.

e) niezwłocznie informować Administratora, jeżeli zdaniem Przetwarzającego wydane mu polecenie stanowi naruszenie RODO lub innych przepisów dotyczących ochrony danych;

§6

Obowiązki Administratora

6.1. Administrator oświadcza, że jest Administratorem danych oraz że jest uprawniony do ich przetwarzania w zakresie, w jakim powierzył je Przetwarzającemu.

6.2. Administrator zobowiązany jest współdziałać z Przetwarzającym w wykonaniu Umowy, udzielać Przetwarzającemu wyjaśnień w razie wątpliwości co do legalności poleceń Administratora, jak też wywiązywać się terminowo ze swoich szczegółowych obowiązków.

§7

Postanowienia końcowe

7.1. Umowa obowiązuje od dnia ……… i jest zawarta do dnia obowiązywania Umowy Podstawowej, tj. Umowy nr ……….. z zastrzeżeniem terminu karencji usunięcia danych według pkt. 7.3. Umowy.

7.2. Administrator może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym,
gdy Przetwarzający:

a) pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli
nie usunie ich w wyznaczonym terminie

b) przetwarza dane osobowe w sposób niezgody z umową;

c) powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody Administratora danych.

7.3. Z chwilą rozwiązania Umowy Przetwarzający nie ma prawa do dalszego przetwarzania powierzonych danych i jest zobowiązany do: (1) usunięcia danych i poinformowania Administratora na piśmie o dacie i sposobie, w jaki usunięto dane, (2) usunięcia wszelkich istniejących kopii lub zwrotu danych, chyba że Administrator postanowi inaczej lub prawo Unii Europejskiej lub prawo państwa członkowskiego nakazują dalej przechowywanie danych,

7.4. W razie sprzeczności między postanowieniami niniejszej Umowy Powierzenia
a Umowy Podstawowej pierwszeństwo mają postanowienia Umowy Powierzenia. Oznacza
to także, że kwestie dotyczące przetwarzania danych osobowych między Administratorem,
a Przetwarzającym należy regulować przez zmiany niniejszej Umowy lub w wykonaniu jej postanowień.

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

7.6. Umowa podlega RODO oraz prawu polskiemu.

Przetwarzający Administrator

**ZAŁĄCZNIK NR 10 SWKO**

PROJEKT

Umowy najmu

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

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

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

reprezentowanym przez:

1. .......................................................
2. .......................................................

zwanym dalej „Wynajmującym "

a

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

z siedzibą w........................

# REGON: ………….. NIP:………………… KRS……………......

reprezentowanym przez

1. ............................................................
2. ............................................................

 zwanym dalej „Najemcą "

W wyniku konkursu ofert na wykonanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi, strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

Wynajmujący oświadcza, że jest właścicielem pomieszczeń w budynku Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi przy ul. Pankiewicza 16 (ul. Spornej 36/50 ).

§ 2

Wynajmujący oddaje w najem Najemcy pomieszczenia o łącznej powierzchni 189,75 m2, zgodnie z wykazem stanowiącym załącznik do Umowy Najmu.

§ 3

1. Przekazanie pomieszczeń, o których mowa w § 2 nastąpi nie później niż do …………….. 2019 roku, protokołem zdawczo-odbiorczym sporządzonym przy udziale obu Stron, dołączonym do niniejszej Umowy.
2. Zwrot pomieszczeń nastąpi protokołem zdawczo-odbiorczym sporządzonym przy udziale obu Stron, najpóźniej w dniu zakończenia Umowy o której mowa w § 4.
3. Najemca jest zobowiązany do rozpoczęcia wykonywania świadczeń, o których mowa w § 4 w wynajmowanych pomieszczeniach w terminie do 14 dni od daty protokolarnego przekazania pomieszczeń.

§ 4

Wynajmowana powierzchnia wykorzystywana będzie przez Najemcę w celu wykonania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługi banku krwi w Umowie Nr … zwartej w dniu ………………..

§ 5

1. Najemca płacić będzie Wynajmującemu czynsz najmu oraz koszty eksploatacji w wysokości 33,00 zł netto (słownie: trzydzieści trzy zł 00/100 gr.) za 1 m2 wynajmowanej powierzchni
w wymiarze miesięcznym, powiększony o podatek VAT.
2. Opłaty z tytułu dostawy mediów nie uwzględnionych w opłacie wymienionej w § 5 ust. 1
tj. energii elektrycznej, linii telefonicznej, zimnej i ciepłej wody oraz odprowadzenia ścieków, rozliczane będą na podstawie faktur wystawianych Najemcy według kosztów faktycznego ich zużycia na podstawie wskazań odpowiednich podliczników.
3. Do rozliczeń o których mowa w § 5 ust. 2 stosowane będą aktualne w dniu odczytu ceny
u dostawców mediów, z tym że opłata za zużycie wody ciepłej będzie dodatkowo obciążona kosztem podgrzania wody zimnej w lokalnej kotłowni Wynajmującego w wysokości
15,00 zł/m3 netto (słownie: piętnaście złotych).
4. Wynajmujący zastrzega sobie możliwość zmiany stawek wymienionych § 5 ust. 1 i ust. 3 każdorazowo po zmianie czynników cenotwórczych mających wpływ na ich wysokość
po przedstawieniu Najemcy odpowiedniej kalkulacji kosztów.

§ 6

1. Najemca jest zobowiązany do selektywnej zbiórki odpadów komunalnych zgodnie
z wewnętrznymi przepisami w sprawie segregacji odpadów wtórnych obowiązujących
w siedzibie Wynajmującego.
2. Najemca jest zobowiązany do zbiórki i postępowania z odpadami medycznymi związanymi
z udzielaniem świadczeń o których mowa w § 4 , na własny koszt w zgodzie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§ 7

Najemca może dokonać adaptacji wynajmowanych pomieszczeń, dla potrzeb wykonania świadczeń o których mowa w § 4 we własnym zakresie i na swój koszt, po uprzednim uzgodnieniu zakresu adaptacji z Wynajmującym. Nakłady związane z realizacją prac adaptacyjnych przechodzą na własność Wynajmującego.

§ 8

1. Najemca nie może dokonywać zmiany przeznaczenia pomieszczeń bez zgody Wynajmującego.
2. Najemca nie ma prawa oddawania najmowanych pomieszczeń w podnajem osobom trzecim bez zgody Wynajmującego.
3. Najemca zobowiązany jest dokonywać na własny koszt konserwacji i remontów bieżących wynajmowanych pomieszczeń oraz infrastruktury technicznej z nimi związanej.

§ 9

1. Najemca zobowiązuje się używać wynajęte pomieszczenia w sposób odpowiadający
ich przeznaczeniu, przy przestrzeganiu przepisów prawa w zakresie ochrony p-poż, bezpieczeństwa i higieny pracy, właściwego stanu higieniczno-sanitarnego oraz ochrony mienia.
2. Wynajmujący zastrzega sobie prawo przeprowadzania kontroli wynajętych pomieszczeń
przy współudziale przedstawicieli Najemcy.
3. Wynajmujący nie ponosi odpowiedzialności za mienie Najemcy.

§ 10

Po zakończeniu Umowy najmu Najemca obowiązany jest zwrócić wynajmowane pomieszczenie w stanie nie pogorszonym, ponad zużycie wynikające z normalnej eksploatacji.

§ 11

1. Opłaty za świadczenia, o których mowa w § 5 dokonywane będą w terminie do 14 dni
od otrzymania przez Najemcę faktury wystawionej przez Wynajmującego.
2. Należności, o których mowa w § 5. Najemca wpłacać będzie na konto Wynajmującego: BGK nr 70 1130 1163 0014 7148 0720 0001.

§12

1. Umowa zostaje zawarta na okres 36 miesięcy.

2. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:

a) z upływem terminu określonego w ust. l,

b) z dniem zakończenia Umowy nr … z dnia ………. dotyczącej wykonania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługi banku krwi, o której mowa w § 4.

3. Każda ze stron ma prawo rozwiązania umowy bez okresu wypowiedzenia, jeżeli druga strona dopuszcza się rażącego naruszenia postanowień umowy, po uprzednim pisemnym wezwaniu
do zaniechania naruszeń.

§13

Zmiana niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§14

W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową i Umową na wykonanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi, mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§15

Sprawy sporne wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy miejscowo dla Wynajmującego.

§ 16

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

# Wynajmujący Najemca

**ZAŁĄCZNIK NR 11 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

## Adres ..........................................................................................................

**Wykaz**

**Minimalnych wymagań stawianych przez Udzielającego zamówienie odnośnie nowoczesnego systemu informatycznego**

System musi współpracować w zakresie komunikacji elektronicznej z systemem HIS obowiązującym w SP ZOZ CSK UM w Łodzi.

Udzielający zamówienie wymaga wykonania integracji pomiędzy systemami, co najmniej w zakresie odbioru zleceń analitycznych i bakteriologicznych badań laboratoryjnych z systemu HIS i przekazania wyników zleconych badań z systemu LIS do system HIS.

Wymagania do zakresu integracji

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres wymiany danych z laboratorium** | **Wymagania** | **Parametr wymagany TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | Synchronizacja słownika badań laboratoryjnych | TAK |   |
| **Eksport informacji o pacjentach:** |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * imię i nazwisko
 | TAK |   |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * PESEL, NIP
 | TAK |   |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * data urodzenia
 | TAK |   |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * nazwisko rodowe
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * płeć
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * nr księgi głównej / nr kartoteki głównej
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * identyfikator oddziału
 | TAK |  |
| **Eksport zleceń:** |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * informacje o badaniu
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * jednostka zlecająca
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * informacje o próbce (data i godz. pobrania, użytkownik pobierający)
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * numery zleceń (numer u zleceniodawcy, numer u wykonawcy)
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * lekarz zlecający
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * data zlecenia
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * planowany termin wykonania
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * znacznik dla badań CITO
 | TAK |  |
| **Import wyników:** |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * data i godz. wykonania badania
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * wynik badania
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * osoba potwierdzająca wynik
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * data potwierdzenia badania
 | TAK |  |
| Laboratorium – zakres wymiany danych | * zakres wartości referencyjnych
 | TAK |  |

Udzielający zamówienie wymaga ponadto:

* jednoznacznej identyfikacji upoważnionego personelu wskazanego przez Udzielającego zamówienie poprzez np. konieczność zalogowania się unikatowym identyfikatorem
i hasłem do dedykowanej witryny internetowej Dostawcy z możliwością podglądu
i drukowania badań, tworzeniem i wydrukiem zestawień zbiorczych
* System prezentacji wyników poprzez www musi zapewniać możliwość pobrania plików
w formacie .csv, zakodowanych w standardzie Windows-1250
* możliwości dostępu przez sieć rozległą przez upoważniony personel wskazany przez Udzielającego zamówienie do wyników badań pacjentów Szpitala wraz możliwością podglądu trendu w poszczególnych parametrach typu „delta check”
* możliwości zleceń badań pacjentów przez sieć rozległą przez upoważniony personel wskazany przez Udzielającego zamówienie oraz przegląd historii badań zleconych
* możliwości tworzenia zestawień wyników dla poszczególnych oddziałów, pacjentów, zlecających oraz całego Szpitala z dowolnych okresów.
* Zarówno zlecenia jak i wyniki muszą spełniać wymagania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 23 marca 2006r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych.
* ................................................. .................................................
* Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 12 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ...................................................................................................................**

## Adres ..........................................................................................................

## Oświadczenie Oferenta

## Oświadczam, że nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnionew związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.

* ................................................. .................................................
* Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 13 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ........................................................................................................**

## Adres ................................................................................................

**Zestawienie**

**zawierające ilość i rodzaj badań wykonanych przez Oferenta z ostatnich trzech miesięcy – zestawienie sporządzone przez Oferenta**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj wykonanych****badań** | **Liczba wykonanych badań** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

**ZAŁĄCZNIK NR 14 SWKO**

## Postępowanie konkursowe

## na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych

## w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii,

## serologii transfuzjologicznej oraz obsługę banku krwi

## w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej

**Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Nazwa Oferenta ........................................................................................................**

## Adres ................................................................................................

**Oświadczenie**

Oferent oświadcza, że w sytuacjach awaryjnych, powodujących niemożność wykonania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia w siedzibie Udzielającego zamówienia, zabezpieczy na własny koszt całodobowe wykonywanie świadczeń będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego, w sposób optymalny, spełniając wymagania ujęte w dokumentacji konkursowej.

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

## Data Podpis i pieczęć Oferenta