



OGŁOSZENIE
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
(dalej zwany „Udzielającym Zamówienia”)
ogłasza konkurs

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii naczyniowej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka".

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii naczyniowej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka", zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.

KOD CPV: 85121100-4 - Ogólne usługi lekarskie

2. Zamówienie będzie wykonywane w siedzibie Udzielającego Zamówienie przy pomocy sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie.

3. Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1 do Ogłoszenia. Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.

4. Wynagrodzenie za realizację Zamówienia będzie rozliczane miesięcznie przyjmując stawkę za świadczenie.

5. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia.

6. Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami: a) cena (wysokość wynagrodzenia zaoferowana przez Przyjmującego zamówienie) oraz b) jakość.

7. Kryteria oceny: Cena 88%, Jakość 12%- razem max 100pkt

a) Cena – max 88 pkt. Wysokość wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie, zostanie obliczona na zasadach określonych w poniższej tabeli (na podstawie podanych w formularzu cenowym stawek brutto):

KRYTERIUM CENA		WAGA
A	Najniższa zaoferowana cena za świadczenie z grupy Q41 Zabiegi endowaskularne - 1. grupa / cena rozpatrywanego świadczenia z grupy Q41 Zabiegi endowaskularne - 1. Grupa x 100 pkt. x 0,08	Max 8
B	Najniższa zaoferowana cena za świadczenie z grupy PZQ01 Inne zabiegi na naczyniach < 18 r.ż / cena rozpatrywanego świadczenia z grupy PZQ01 Inne zabiegi na naczyniach < 18 r.ż x 100 pkt. x 0,08	Max 8
C	Najniższa zaoferowana cena za WO1 Świadczenie pohospitalizacyjne / cena rozpatrywanego WO1 Świadczenia pohospitalizacyjnego x 100 pkt. x 0,08	Max 8
D	Najniższa zaoferowana cena za WO2 Świadczenie receptowe / cena rozpatrywanego WO2 Świadczenia receptowego x 100 pkt. x 0,08	Max 8



E	Najniższa zaofferowana cena za W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu / cena rozpatrywanego W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu x 100 pkt. x 0,08	Max 8
F	Najniższa zaofferowana cena za W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu / cena rozpatrywanego W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu x 100 pkt. x 0,08	Max 8
G	Najniższa zaofferowana cena za W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu / cena rozpatrywanego W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu x 100 pkt. x 0,08	Max 8
H	Najniższa zaofferowana cena za W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu / cena rozpatrywanego W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu x 100 pkt. x 0,08	Max 8
I	Najniższa zaofferowana cena za W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu / cena rozpatrywanego W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu x 100 pkt. x 0,08	Max 8
J	Najniższa zaofferowana cena za W16 Świadczenie specjalistyczne 6-go typu / cena rozpatrywanego W16 Świadczenie specjalistyczne 6-go typu x 100 pkt. x 0,08	Max 8
K	Najniższa zaofferowana cena za W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu / cena rozpatrywanego W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu x 100 pkt. x 0,08	Max 8
Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania wynosi 88 (jest to suma A + B + C + D + E + F + G + H + I + J + K)		Razem max 88 pkt.

b) Jakość – max 12 pkt. punkty przyznawane będą za oświadczenie Oferenta o liczbie wykonanych zabiegów obliteracji laserowej

- Oświadczenie o wykonaniu od 30 do 60 zabiegów obliteracji laserowej – 6 punktów
- Oświadczenie o wykonaniu 61 i więcej zabiegów obliteracji laserowej – 12 punktów

Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
Jakość ^{1 2}	12 punktów	Oświadczenie Oferenta o liczbie wykonanych zabiegów obliteracji laserowej: a) Oświadczam, że wykonałam/em/osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała <u>od 30 do 60 zabiegów</u> obliteracji laserowej – 6 punktów b) Oświadczam, że wykonałam/em/osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała <u>61 i więcej zabiegów</u> obliteracji laserowej – 12 punktów



¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie wykonanych zabiegów obliteracji laserowej, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

² Udzielający Zamówienia przed podpisaniem Umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku) spośród ofert niepodlegających odrzuceniu.

6. Ofertę pisemną na formularzu załączonym do ogłoszenia wraz z wymaganymi załącznikami, umieszczoną w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii naczyniowej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" - nr sprawy OM/CZD/14/23.

Nie otwierać przed dniem03.11. 2023r., przed godziną 12.00."

Oferty należy składać do dnia03.11. 2023r. do godz. 12.00 w siedzibie Zamawiającego w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesać drogą pocztową na adres Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

7. Oferent jest związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
8. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienia poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia podając nazwę i adres oferenta, który został wybrany.
9. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia wskaże termin i miejsce podpisania umowy.
10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert.
11. Udzielający Zamówienia zamieszcza ogłoszenie zgodnie z art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dodatkowych informacji o warunkach konkursu udziela w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie przy Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, budynek G pokój 123, w godz. 08:00 – 15.35, Karolina Szulim, Tel. 22 815 16 78, e-mail: k.szulim@ipczd.pl

Załączniki do Ogłoszenia:

- Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
- Wymagania stawiane oferentom (zał. nr 2),
- Formularz oferty (zał. nr 3),
- Formularz cenowy (zał. nr 4),
- Wykaz personelu (zał. nr 4.1.)
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5),
- Istotne postanowienia umowy (zał. nr 6),

.....
podpis Udzielającego Zamówienie



Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

Opis Przedmiotu Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii naczyniowej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka".

Szczegółowy Zakres Zamówienia

- I. Kwalifikacja pacjentów do zabiegów obliteracji laserowej,
 - II. Wykonywanie zabiegów obliteracji laserowej wewnątrznaczyniowej i realizacja wizyt kontrolnych po zabiegach.
 - III. Udzielanie konsultacji pacjentów z malformacjami naczyniowymi
 - IV. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 - V. Realizacja rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, aktualną wiedzą, oraz zasadami umowy pomiędzy IPCZD a Płatnikiem publicznym;
-
1. Konsultacje będą udzielane w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym Zamówienia.
 2. Świadczenia udzielane będą w Poradni Chirurgicznej i na Bloku Operacyjnym IPCZD.
 3. Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia do 31.07.2025r.
 4. Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę.
 5. Szacunkowa liczba konsultacji w trakcie trwania Umowy w siedzibie Udzielającego zamówienie wynosi 50. Ostateczna liczba świadczeń w miesiącu będzie ustalana wg bieżących potrzeb Udzielającego Zamówienia.
 6. Szacunkowa liczba zabiegów w trakcie trwania Umowy wynosi 25. Ostateczna liczba świadczeń w miesiącu będzie ustalana wg bieżących potrzeb Udzielającego Zamówienia.



Załącznik nr 2 do Ogłoszenia - Wymagania stawiane oferentom

Ogłoszenie pn. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii naczyniowej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka".

1. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:

1. jest podmiotem wymienionymi w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej i posiadać uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia;
2. posiada prawo wykonywania zawodu lekarza;
3. posiada dyplom ukończenia studiów,
4. posiada specjalizację w dziedzinie angiologii i/lub specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej
5. posiada aktualne badania lekarskie,
6. warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): Oświadczanie Oferenta, że posiada udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji.

Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełniania warunków, o których mowa w pkt. 1 niniejszego Ogłoszenia:

2. W przypadku osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą:

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza,
2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu ukończenia studiów,
3. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie angiologii i/lub specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej,
4. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
5. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): Oświadczanie Oferenta, że posiada udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu cenowym.

2.1. W przypadku osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie):

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza,
2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu ukończenia studiów,
3. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie angiologii i/lub specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej,
4. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
5. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): Oświadczanie Oferenta, że posiada udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu cenowym.
6. Wydruk lub odpis z CEIDG -Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej nie starszy niż 6 miesięcy,
7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w *Rodzaj* działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

3 – ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:



- 93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
 - 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
 - 98 - indywidualna praktyka lekarza lub
 - 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza
- oraz

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w *Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej*:

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub

98 – indywidualna praktyka lekarza lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza;

8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

2.2. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie):

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia,

2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu ukończenia studiów osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia,

3. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie angiologii i/lub specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia,

4. Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,

5. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): Oświadczenie Oferenta, że posiada udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu cenowym.

6. Wydruk z CEIDG (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy lub odpis z właściwego rejestru KRS (krajowego Rejestru Sądowego) nie starszy niż 6 miesięcy,

7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w *Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej*:

- w Rubryce 15. Rodzaj działalności leczniczej

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

- 97 – grupowa praktyka lekarska;

Oraz

3 – ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

97 – grupowa praktyka lekarska

8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

2.3. W przypadku podmiotów leczniczych:



1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia,
2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu ukończenia studiów osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia,
3. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie angiologii i/lub specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia,
4. Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
5. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): Oświadczenie Oferenta, że posiada udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu cenowym.
6. Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowego Rejestru Sądowego) nie starszy niż 6 miesięcy,,
7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) - nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej:

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

W Rubryce 26. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych

3 – Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne;

W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

HC.1.3.3 Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne

39 Chirurgia naczyniowa

oraz

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

W Rubryce 26. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;

W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

HC.1.1 Leczenie stacjonarne

39 Chirurgia
naczyniowa

8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25, ust. 1, pkt. 1 Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą – 100.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

3. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

- 5.1. formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia
- 5.2. formularz cenowy - zał. nr 4 do Ogłoszenia
- 5.3. wykaz personelu- zał. nr 4.1. do Ogłoszenia- dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych
- 5.4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 6 do Ogłoszenia : **6 A:** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich, **6 B:** dotyczy podmiotów leczniczych;



Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełniania wymagań stawianych Oferentom powinny być złożone w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.



Załącznik nr 3 do Ogłoszenia - Formularz oferty

Formularz oferty

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii naczyniowej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka".

Dane oferenta

Imię i Nazwisko/Firma.....

Nazwisko rodowe.....

Imiona rodziców.....

Numer PESEL

Seria i numer dowodu osobistego wydany przez

Adres.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres
siedzi/by/zamieszkania):.....

Telefon:

E-mail: NIP*:

REGON*:

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia medycznego na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie naczyniowej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 6 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w załączniku nr 2 do Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne**.
6. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w załączniku nr 2 do Ogłoszenia w pkt. 1.5.
7. Oświadczam, że przed zawarciem Umowy zobowiązuje się zapoznać ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – dotyczy osób mających po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

.....

(data i podpis Oferenta)

*informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą



Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający posiadanie prawa zawodu lekarza		
2	Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu ukończenia studiów		
3	Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie angiologii		
4	Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie chirurgii naczyniowej		
5	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
6	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
7	Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy		
8	Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej		
9	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
10	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
11	Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych		
12	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia) - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich		
13	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy podmiotów leczniczych		

..... Podpis Oferenta



Załącznik nr 4 do Ogłoszenia- formularz cenowy

Formularz cenowy

KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów (należy uzupełnić):

Lp.	Maksymalna cena jednostkowa za świadczenie w PLN	Oferowana cena jednostkowa za świadczenie w PLN
1	2	3
1. świadczenia z grupy Q41 Zabiegi endowaskularne - 1. grupa	2 126,00 zł	
2. świadczenia z grupy PZQ01 Inne zabiegi na naczyniach < 18 r.ż	3 162,00 zł	
3. WO1 Świadczenie pohospitalizacyjne	41,00 zł	
4. WO2 Świadczenia receptowe	9,00 zł	
5. W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	37,00 zł	
6. W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	64,00 zł	
7. W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	113,00 zł	
8. W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	146,00 zł	
9. W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu	48,00 zł	
10. W16 Świadczenie specjalistyczne 6-go typu	56,00 zł	
11. W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	88,00 zł	

Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w formularzu cenowym, w zakresie kryterium a) cena, będzie skutkowałą odrzuceniem oferty.

.....
(data i podpis Oferenta)



Kryterium b): JAKOŚĆ^{1 2} - dotyczy wszystkich Oferentów

Oświadczenie Oferenta o liczbie wykonanych obliteracji laserowej (**należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X**):

A.	Oświadczam, że wykonałam/em/osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała <u>od 30 do 60 zabiegów</u> obliteracji laserowej	<input type="checkbox"/>
B.	Oświadczam, że wykonałam/em/osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała <u>61 i więcej zabiegów</u> obliteracji laserowej	<input type="checkbox"/>

¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie wykonanych zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

² Udzielający Zamówienia przed podpisaniem Umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

....., dnia

.....(podpis Oferenta)



Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia – wykaz personelu

Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) i podmiotów leczniczych.

L.p.	Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem

.....
(podpis Oferenta)



Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

5a
Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich

Ja, niżej podpisana/podpisany.....
w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a 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 Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis.....

LUB

5b
Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany.....
w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a 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 Dz.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis



ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

§ 1

Przedmiot Umowy

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń lekarza z dziedziny neurochirurgii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka".
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

§ 2

Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr..... wydane przez dnia i specjalizację w dziedzinie angiologii/chirurgii naczyniowej (*niewłaściwe skreślić*) oraz oświadcza, że nie ma ograniczonego ani zawieszono go prawa wykonywania zawodu.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich (jeśli dotyczy).
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego Zamówienie, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w Umowie i tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z Umową.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa, jest Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów bądź osoba go zastępująca.
6. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Kierownika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów bądź osobę go zastępującą.
7. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w ust. 5, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienie, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić z krótszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
8. Udzielający Zamówienia nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron Umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych Harmonogramem.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:
 - a) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów, do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi



- usługami medycznymi w ramach niniejszej umowy;
- b) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
 - c) Współpracować z lekarzami oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienie;
 - d) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienie każdy konflikt interesów i każdy inny fakt przeszkadzający, utrudniający lub uniemożliwiający należyte wykonywanie postanowień Umowy.
Osobą wyznaczoną do kontaktu jest pracownik Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń;
 - e) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;
 - f) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, przepisów porządkowych, a także ochrony radiologicznej (*jeśli dotyczy*) obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów jest Kierownik Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów bądź osoba go zastępująca;
 - g) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji, serwisach internetowych i mediach społecznościowych, dotyczących wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie;
 - h) Wystawiać świadczeniobiorcom zwolnienia lekarskie, recepty oraz inne druki lub zaświadczenia;
 - i) Stosować się do zarządzeń wewnętrznych Udzielającego Zamówienia o charakterze organizacyjnym, przestrzegać przepisów o ochronie danych osobowych, porządkowych i innych wynikających z obowiązujących aktów prawnych oraz regulaminów Udzielającego Zamówienia. Informacje opisane w zdaniu poprzednim będą przesyłane Przyjmującemu Zamówienie na służbową pocztę elektroniczną, założoną przez Udzielającego Zamówienie. Korzystanie ze służbowej poczty elektronicznej założonej indywidualnie jest obowiązkowe;
 - j) Przekazywać Inspektorowi Ochrony Radiologicznej Udzielającego Zamówienia indywidualny dozymetr co 3 miesiące, w związku z kontrolnymi pomiarami indywidualnych dawek ze względu na narażenie na pracę w promieniowaniu jonizującym, zgodnie z art. 17 Ustawy z dnia 29 listopada 2000r.- Prawo Atomowe (*jeśli praca odbywa się w strefie promieniowania jonizującego*);
 - k) Posiadać aktualny Certyfikat Szkolenia w dziedzinie Ochrony Radiologicznej Pacjenta (*jeśli dotyczy*).
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną w tym Elektroniczną Dokumentację Medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz sprawozdawczość statystyczną według zasad obowiązujących w podmiotach leczniczych, a w szczególności według zasad ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, korzystając z narzędzi udostępnionych przez Udzielającego Zamówienie.
11. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
12. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które nie są pacjentami Udzielającego Zamówienia.
13. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nieobjętych Umową.
14. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
- a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie;
 - b) utrzymywania we własnym zakresie i na własny koszt przez cały okres trwania Umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno- epidemiologicznych oraz aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy.. . Kopie dokumentów, o których mowa



- powyżej, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawiać na każde wezwanie Udzielającego Zamówienia, również po zakończeniu Umowy (do 7 lat od daty zakończenia Umowy);
- c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania Umowy, umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pod rygorem rozwiązania Umowy, zgodnie z § 7 ust. 2, lit. g) (*jeśli dotyczy*). W przypadku, gdy umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje okres krótszy niż czas trwania Umowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu Zamówienia nową polisę ubezpieczeniową.
 - d) Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że recepty uzyskane za pośrednictwem Udzielającego Zamówienia wykorzystywane będą wyłącznie w celu ordynowania pacjentom Udzielającego Zamówienia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".
15. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
 16. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek uczestniczenia w planowanych szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia oraz do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych, zdobywania lub uzupełniania wiedzy i umiejętności, z inicjatywy Udzielającego Zamówienia albo za jego zgodą.
 17. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do:
 - a) Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienia;
 - b) Udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie sprzętu i aparatury medycznej oraz zapewnienia materiałów medycznych niezbędnych do wykonywania Zamówienia;
 - c) Zorganizowania obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 18. Przyjmujący Zamówienie, który nie posiada dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zobowiązuje się do ukończenia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta w przedziale 3 miesięcy od daty podpisania Umowy, a następnie przedstawiania dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (*jeśli dotyczy*).

§ 3

Kontrola realizacji zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli, wykonywanej przez Udzielającego Zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia i inne uprawnione organy oraz podmioty, dotyczącej w szczególności dostępności, jakości i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej, gospodarowania środkami, przestrzegania praw pacjenta, a w związku z tym Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia wszelkich dokumentów, danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości w zakresie, w szczególności:
 - a) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
 - b) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
 - c) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
 - d) gospodarowania użytym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - e) realizacji zaleceń pokontrolnych.



§ 4

Należność za realizację zamówienia

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości:

Świadczenia zabiegowe:

- **zł brutto** za świadczenia z grupy Q41 Zabiegi endowaskulame - 1. grupa
- **zł brutto** za świadczenia z grupy PZQ01 Inne zabiegi na naczyniach < 18 r.ż

Świadczenia ambulatoryjne:

- **zł brutto** za świadczenia pohospitalizacyjne W 01
- **zł brutto** za świadczenia receptowe W 02
- **zł brutto** za świadczenia Specjalistyczne 1-go typu W 11
- **zł brutto** za świadczenia Specjalistyczne 2-go typu W 12
- **zł brutto** za świadczenia Specjalistyczne 3-go typu W 13
- **zł brutto** za świadczenia Specjalistyczne 4-go typu W 14
- **zł brutto** za świadczenia Specjalistyczne 5-go typu W 15
- **zł brutto** za świadczenia Specjalistyczne 6-go typu W 16
- **zł brutto** za świadczenia Specjalistyczne 7-go typu W 17

Łączna wartość umowy wynosi PLN (słownie:) brutto.

1. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy Udzielający Zamówienie wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku.
2. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2, wystawiane i dostarczone będą do 5 dnia każdego miesiąca na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych stanowiących suplement do faktury lub rachunku. Wzór suplementu określa Udzielający Zamówienia.
3. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w suplemencie lub jego braku, wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki za opóźnienie w płatnościach.
4. Za datę dostarczenia faktury Udzielającemu Zamówienia uznaje się datę przyjęcia faktury potwierdzoną przez Dział Księgowości Udzielającego Zamówienia.
5. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
6. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostaną potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, oraz inne potrącenia wymagane przepisami, chyba że Przyjmujący Zamówienie udokumentuje Udzielającemu Zamówienia brak konieczności opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, m.in. przedstawiając z rachunkiem za każdy miesiąc oświadczenie oraz aktualne zaświadczenia od innych płatników składek na ubezpieczenie społeczne.
7. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie, o którym mowa w ust. 1, jest rozumiane jako całościowy koszt, jaki Udzielający Zamówienie poniesie w związku ze świadczeniem Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie, zawierający w szczególności wynagrodzenie brutto, składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez



- Udzielającego Zamówienia oraz fundusz pracy. Kwota ta będzie stała bez względu na to, czy Udzielający Zamówienia będzie odprowadzał z wynagrodzenia składki na ubezpieczenie społeczne czy też nie.
8. Ustępy 7 i 8 nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą.
 9. Przyjmującemu zamówienie przysługuje dodatkowe wynagrodzenie, określone w Zarządzeniu Dyrektora Udzielającego Zamówienia w sprawie ustalenia zasad dodatkowego wynagrodzenia dla osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych zawieranych na podstawie art. 26 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (łącznie z wynagrodzeniem określonym w ust. 1 z zachowaniem limitu łącznej wartości umowy) w związku z pracą we wskazanych w Zarządzeniu procedurach medycznych/obszarach działalności medycznej.
 10. Należność, o której mowa w ust. 10, wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku, składanej i dostarczanej do 5 dnia następnego miesiąca, na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Do dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 10 stosuje się zasady określone w ust. 5-9.

§ 5

Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:
 - a) w sytuacji niezapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego Zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości podwójnej stawki godzinowej za każdą rozpoczętą godzinę nieobecności na podstawie zatwierdzonego harmonogramu przez Strony/w sytuacji niezapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego Zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości 1% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie;
 - b) w przypadku udaremnienia lub utrudnienia kontroli, audytów wewnętrznych lub wizytacji akredytacyjnych – w wysokości 1000 zł (tysiąc złotych) za każdy incydent;
 - c) nieuzasadnionej odmowy przez Przyjmującego Zamówienie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych – w wysokości 1000 zł (tysiąc złotych) za każdy stwierdzony i potwierdzony incydent;
 - d) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 Umowy – w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie;
 - e) Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 2 ust. 10 w wysokości 500 zł (pięćset złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie;
 - f) w przypadku niezwrócenia Inspektorowi Ochrony Radiologicznej Udzielającego Zamówienia w okresie 1 miesiąca od daty zakończenia obowiązywania Umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100 zł (sto złotych) *(jeśli dotyczy)*;
 - g) w przypadku zgubienia w czasie trwania umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100 zł (sto złotych) *(jeśli dotyczy)*.
2. W przypadku zakwestionowania przez NFZ zasadności lub celowości wydania recepty wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie odpowiada on do wysokości kwoty zwracanej do NFZ wraz z odsetkami.
3. W przypadku nałożenia na Udzielającego Zamówienia kary umownej przez NFZ lub innego płatnika zewnętrznego z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie lub w przypadku nakazu zwrotu nienależnie przekazanych wartości świadczeń wynikających z negatywnej weryfikacji za niewykonanie świadczeń zdrowotnych, za przedstawienie do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niecelowych świadczeń, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu Zamówienia należności do kwoty, za którą odpowiedzialność ponosi Przyjmujący Zamówienie.

4. Udzielający Zamówienie zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

§ 6

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od daty zawarcia do 31.07.2025r.**, lub do wyczerpania kwoty, o której mowa w § 4 ust. 1.
2. Umowa wygasa samoistnie z chwilą zaistnienia jednej z okoliczności, o których mowa w ust. 1.

§ 7

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może zostać rozwiązana w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego lub na mocy porozumienia stron.
2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym z ważnych powodów, w szczególności jeżeli:
 - a) w wyniku kontroli własnej lub organu zewnętrznego, zostanie stwierdzone niewykonywanie Umowy lub jej wadliwe wykonanie, a w szczególności polegające na ograniczeniu dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu lub złej jakości świadczeń;
 - b) Przyjmujący Zamówienie nie dopełni obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej lub służbowej, albo dopuści się czynu nieuczciwej konkurencji, o których mowa w § 8 ;
 - c) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy;
 - d) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia lub kwalifikacje konieczne dla realizacji Umowy;
 - e) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpi do realizacji Umowy;
 - f) Przyjmujący Zamówienie odmówi poddania się badaniu na zawartość alkoholu lub środków odurzających, gdy zachodzi podejrzenie ich użycia;
 - g) Przyjmujący Zamówienie nie przedstawi umowy odpowiedzialności cywilnej na wezwanie Udzielającego zamówienie w terminie 7 dni od wezwania;
 - h) Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienie nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje związane z realizacją niniejszej Umowy.
 - i) Przyjmujący Zamówienie zgodnie z § 2 ust. 18 nie przedstawi dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta w przeciągu 3 miesięcy od daty zawarcia Umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni po wygaśnięciu Umowy przekazać Udzielającemu Zamówienie wszelkie dokumenty i inne materiały dotyczące zarówno tajemnicy służbowej, jak i zawodowej oraz inne dokumenty, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania Umowy w związku z jej wykonywaniem.

§ 8

Ochrona tajemnicy i nieuczciwa konkurencja

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których dowiedziały się przy realizacji Umowy oraz informacji, które stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Działanie Przyjmującego Zamówienie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, zagrażające lub naruszające interes Udzielającego Zamówienia bądź jego pacjentów będzie traktowane jako czyn nieuczciwej konkurencji,



zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Czynami nieuczciwej konkurencji są m.in.:

- a) naruszenie (przekazanie, ujawnienie, wykorzystanie) informacji stanowiących tajemnicę Udzielającego Zamówienie;
- b) rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji dotyczących Udzielającego Zamówienie.

§ 9

Ochrona danych osobowych

1. W trakcie wykonywania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:
 - a) przestrzegania przepisów oraz wewnętrznych procedur Udzielającego Zamówienie dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych, a w szczególności Polityki bezpieczeństwa danych osobowych,
 - b) przetwarzania danych osobowych ściśle zgodnie z udzielonym przez Udzielającego Zamówienie upoważnieniem i jedynie w granicach tego upoważnienia,
 - c) zachowania poufności wszelkich informacji dotyczących danych osobowych pacjentów i pracowników Udzielającego Zamówienie, sposobu przetwarzania i ochrony tych danych,
 - d) podpisania oświadczenia o poufności stanowiącego zał. nr 4 do Umowy.
2. Powyższe postanowienia dotyczą zarówno osób fizycznych, osób prowadzących jednoosobową praktykę lekarską oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich i osób prawnych.

§ 10

Postanowienia końcowe

1. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
2. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

Załączniki:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia

Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 3: Formularz cenowy

Załącznik nr 4: Oświadczenie o poufności

Załącznik nr 5: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w IPCZD (jeśli dotyczy)

.....
Przyjmujący Zamówienie

.....
Udzielający Zamówienia

Załącznik nr 4 do umowy

Zał. nr 3 do Polityki bezpieczeństwa
przetwarzania danych osobowych w IPCZD

.....

(imię i nazwisko pracownika)

.....

miejsowość, data

.....

(stanowisko)

.....

(nazwa komórki organizacyjnej)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że znane mi są przepisy dotyczące ochrony danych osobowych:
 - a) Rozporządzenie 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
 - b) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
 - c) „Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych” w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
 - d) „Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
2. Zobowiązuję się do przestrzegania zarządzeń, instrukcji i procedur dotyczących ochrony danych osobowych obowiązujących w IPCZD oraz że nie będę bez pisemnego upoważnienia Administratora Danych przetwarzać danych osobowych w ramach zbiorów wykorzystywanych w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”.
3. Zobowiązuję się, że nie będę pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać ani udostępniać jakichkolwiek danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych dotyczących m.in. stanu zdrowia i kodu genetycznego, do których będę miał/miała dostęp, w innych celach niż związane z wykonywaniem obowiązków.
4. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane za naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu Kodeksu Pracy.

.....

(podpis składającego oświadczenie)



Załącznik nr 5 do umowy

Adaptacji ogólnej w Instytucie podlegają osoby mające po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

**OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE ZBIOREM WYTYCZNYCH I
ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W IPCZD**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/łem się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

.....

(data i podpis)

Zakres adaptacji ogólnej:

- Szkolenie z zakresu systemu zarządzania jakością i programu poprawy jakości
- Szkolenie z zakresu: ppoż., zdarzeń masowych i katastrof, topografii szpitala
- Szkolenie z zakresu zakażeń szpitalnych
- Szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych
- Szkolenie z zakresu bhp
- Prezentacja Działu Systemów Informatycznych
- Szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej