

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

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutów na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” – 2 osoby.**

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę na rzecz pacjentów IPCZD, zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.
2. **Kod CPV: 85142100-7 opis: Usługi fizjoterapii**
3. Zamówienie będzie wykonywane w siedzibie Udzielającego Zamówienia przy pomocy sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienia.
4. Zamówienie będzie wykonywane przez 2 osoby zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1 do Ogłoszenia. Udzielający zamówienia dopuszcza składania ofert częściowych
5. Wynagrodzenie za realizację Zamówienia będzie rozliczane miesięcznie przyjmując stawkę za godzinę.
6. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
6. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia kieruje się:
  - a) kryterium ceny - Oferent otrzyma największą liczbę punktów za najniższą cenę oferty (maksymalnie 90 punktów)
  - b) w kryterium jakości punkty przyznawane będą za przedstawienie dodatkowych udokumentowanych umiejętności lub kwalifikacji (maksymalnie 10 punktów). Jeżeli oferent oświadczy, że posiada dodatkowe udokumentowane umiejętności lub kwalifikacje otrzyma:
    - I. brak dodatkowych udokumentowanych umiejętności lub kwalifikacji - 0 punktów
    - II. posiada dodatkowe udokumentowane umiejętności lub kwalifikacje – 10 punktów

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	90 punktów	Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,90
2.	Jakość <sup>1</sup>	10 punktów	Dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej: a. Nie posiadam żadnego z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych umiejętności lub kwalifikacji - 0pkt. b. Posiadam dodatkowe udokumentowane umiejętności lub kwalifikacje – 10 pkt.

<sup>1</sup> W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych umiejętności lub kwalifikacji, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakości.

W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych umiejętności lub kwalifikacji, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych umiejętności lub kwalifikacji, Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę 10 punktów.



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

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

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę na rzecz pacjentów  
Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” nr sprawy OM/CZD/01/24.  
Nie otwierać przed dniem .....08.02..... 2024r., przed godziną 12.00.”**

Oferty należy składać do dnia .....08.02..... 2024r. do godz. 12.00 w siedzibie Udzielającego Zamówienie w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesłać drogą pocztową na adres Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

- Ofertę jest związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
- O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienia poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia podając nazwę i adres oferenta, który został wybrany.
- Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia wskaże termin i miejsce podpisania umowy.
- Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert.
- 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 udzielają 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:

*Agata Stelmaska, tel. 22 815 11-18, e-mail: [a.stelmaska@ipczd.pl](mailto:a.stelmaska@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 - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych (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

Przedmiotem umowy jest udzielenie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” .

Do zadań Przyjmującego Zamówienie należeć będzie:

1. Diagnostyka funkcjonalna pacjenta, planowanie oraz prowadzenie fizjoterapii w zespole kliniki.
  2. Prowadzenie kinezyterapii – usprawniania ruchowego – chorych.
  3. Współpraca z lekarzem w zakresie badań diagnostycznych i leczniczych dotyczących programu usprawniania ruchowego.
  4. Udzielanie instruktażu rodzicom lub opiekunom dziecka w zakresie ćwiczeń usprawniających zalecanych do wykonywania po wypisie ze szpitala.
  5. Współpraca z innymi zespołami, takimi jak lekarz, pielęgniarki w zakresie profilaktyki i leczenia.
  6. Prowadzenie dokumentacji w zakresie określonym przez wymagane prawem przepisy.
  7. Wykonywanie poleceń przełożonego w zakresie zadań do realizacji.
  8. Dbanie o bezpieczeństwo leczonych pacjentów
- 
- Świadczenia będą udzielane w siedzibie Udzielającego Zamówienia, 2 dni w tygodniu, w poniedziałki i czwartki w godzinach od 14:00 do 18:00.
  - Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia do 31.01.2025r.
  - Miesięczna liczba czasu pracy wynosi max 36 godzin dla 1 osoby
  - Miejsce udzielania świadczeń: Oddział Dzienny Rehabilitacji Narządu Ruchu.
  - Zamówienie będzie wykonywane przez 2 osoby.



**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**Ogłoszenie na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie immunologii na rzecz pacjentów IPCZD**

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

- 1.1. Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia (dotyczy pkt. 1.1.2, pkt. 1.1.3. oraz 1.1.4. )
- 1.2. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty,
- 1.3. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu zawodowego magistra na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu licencjata na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku rehabilitacja ruchowa/rehabilitacja *lub* tytułu zawodowego magistra Akademii Wychowania Fizycznego oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie w ramach studiów **dwuletniej specjalizacji** z zakresu gimnastyki leczniczej albo rehabilitacji ruchowej **potwierdzonej legitymacją** instruktora rehabilitacji ruchowej/gimnastyki leczniczej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie trzymiesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu *lub* ukończenia **przed wejściem w życie ustawy** o zawodzie fizjoterapeuty z dnia 25 września 2015 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika fizjoterapii;
- 1.4. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
10. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY): Dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej.
- 1.5. Posiada dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.

**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:**

- 2.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty,
- 2.2. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu zawodowego magistra na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu licencjata na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku rehabilitacja ruchowa/rehabilitacja *lub* tytułu zawodowego magistra Akademii Wychowania Fizycznego oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie w ramach studiów **dwuletniej specjalizacji** z zakresu gimnastyki leczniczej albo rehabilitacji ruchowej **potwierdzonej legitymacją** instruktora rehabilitacji ruchowej/gimnastyki leczniczej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie trzymiesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu *lub* ukończenia **przed wejściem w życie ustawy** o zawodzie fizjoterapeuty z dnia 25 września 2015 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika fizjoterapii;
- 2.3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
11. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY)- Dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej.
- 2.4. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.



**3. W przypadku osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą**

- 3.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty,
- 3.2. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu zawodowego magistra na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu licencjata na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku rehabilitacja ruchowa/rehabilitacja *lub* tytułu zawodowego magistra Akademii Wychowania Fizycznego oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie w ramach studiów **dwuletniej specjalizacji** z zakresu gimnastyki leczniczej albo rehabilitacji ruchowej **potwierdzonej legitymacją** instruktora rehabilitacji ruchowej/gimnastyki leczniczej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie trzymiesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu *lub* ukończenia **przed wejściem w życie ustawy** o zawodzie fizjoterapeuty z dnia 25 września 2015 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika fizjoterapii;
- 3.3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKTULTATYWNY)- Dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej.
- 3.5. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.
- 3.6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 3.7. Wypis 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 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej: 93 - indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w zakładzie leczniczym
- 3.8. 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.

**4. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi:**

- 4.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 4.2. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu zawodowego magistra na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu licencjata na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku rehabilitacja ruchowa/rehabilitacja *lub* tytułu zawodowego magistra Akademii Wychowania Fizycznego oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie w ramach studiów **dwuletniej specjalizacji** z zakresu gimnastyki leczniczej albo rehabilitacji ruchowej **potwierdzonej legitymacją** instruktora rehabilitacji ruchowej/gimnastyki leczniczej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie trzymiesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu *lub* ukończenia **przed wejściem w życie ustawy** o zawodzie fizjoterapeuty z dnia 25 września 2015 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika fizjoterapii osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,



- 4.3. Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 4.4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKTULTATYWNY)- Dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej;
- 4.5. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem – dotyczy cudzoziemców.
- 4.6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 4.7. 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 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:  
93 - indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w zakładzie leczniczym
- 4.8. 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.

#### 5. W przypadku podmiotów leczniczych:

- 5.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 5.2. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu zawodowego magistra na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu licencjata na kierunku fizjoterapia *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku rehabilitacja ruchowa/rehabilitacja *lub* tytułu zawodowego magistra Akademii Wychowania Fizycznego oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie w ramach studiów **dwuletniej specjalizacji** z zakresu gimnastyki leczniczej albo rehabilitacji ruchowej **potwierdzonej legitymacją** instruktora rehabilitacji ruchowej/gimnastyki leczniczej *lub* tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie trzymiesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu *lub* ukończenia **przed wejściem w życie ustawy** o zawodzie fizjoterapeuty z dnia 25 września 2015 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika fizjoterapii osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem;
- 5.3. Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 5.4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKTULTATYWNY)- Dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej;
- 5.5. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem – dotyczy cudzoziemców.
- 5.6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 5.7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące:  
W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:  
- w rubryce 26. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie pomiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych



- 2 - Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - inne niż szpitalne
- 5.8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej 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.

**5. 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 5 do Ogłoszenia- 5a: dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich lub 5b: dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych

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



**Formularz oferty**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę 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 siedziby/zamieszkania):

.....

Telefon:..... Fax:.....

E-mail:..... NIP\*.....

REGON\*: .....

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (jeśli dotyczy):

.....

Numer wpisu do rejestru KRS i organ prowadzący (jeśli dotyczy):

.....

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia medycznego na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”- 2 osoby:

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 7 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie [www.czd.pl](http://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 (niewłaściwe skreślić) **wykształcenie wyższe medyczne**.
6. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada (niewłaściwe skreślić) **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. 1.4.
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 fizjoterapeuty		
2	Dokument potwierdzający posiadanie tytułu zawodowego magistra na kierunku fizjoterapia <i>lub</i> tytułu licencjata na kierunku fizjoterapia <i>lub</i> tytułu zawodowego magistra na kierunku rehabilitacja ruchowa/rehabilitacja <i>lub</i> tytułu zawodowego magistra Akademii Wychowania Fizycznego oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej <i>lub</i> tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie w ramach studiów dwuletniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej albo rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej/gimnastyki leczniczej <i>lub</i> tytułu zawodowego magistra na kierunku wychowanie fizyczne oraz ukończenie trzymiesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu <i>lub</i> ukończenia przed wejściem w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty z dnia 25 września 2015 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika fizjoterapii		
3	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
4	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
5	Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej		
6	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
7	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
8	Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych		
9	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		
10	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych		
11.	Dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwozrękowej.		
12.	Inne- wymienić jakie		

Podpis Oferenta .....



**Formularz cenowy – załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

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

**Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

..... zł brutto/godz.

Słownie: ..... zł brutto /godz.

**Kryterium<sup>1</sup> b): Jakość - dotyczy osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą lub osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA- KRYTERIUM JAKOŚĆ**

Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam (*niewłaściwe skreślić*) dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej:

<sup>1</sup> W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych umiejętności lub kwalifikacji, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakości.

W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych umiejętności lub kwalifikacji, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych umiejętności lub kwalifikacji, Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę 10 punktów.

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w formularzu cenowym będzie skutkowałą odrzuceniem oferty.**

.....  
(data i podpis Oferenta )



Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia

**Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi i podmiotów leczniczych (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X).**

L.p.	Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem	Oświadczam, że osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiada/ nie posiada dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: Podstaw terapii manualnej i/lub kurs podstawowy PNF (Proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe) i/lub Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej
1		
2		

(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 .....



**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**

**§ 1**

**Przedmiot Umowy**

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń fizjoterapeutycznych 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 fizjoterapeuty nr..... oraz tytuł zawodowy .....oraz oświadcza, że nie ma ograniczonego ani zawieszono 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 Immunologii bądź osoba go zastępująca.
6. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Kierownika Kliniki Immunologii 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 Kliniki Immunologii 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) 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 obowiązkiem;
  - i) 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*);
  - j) 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;
  - 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.
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 Zamówienie albo za jego zgodą.

17. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do:

- a) Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie;
- 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.

### § 3

#### Kontrola realizacji zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli, wykonywanej przez Udzielającego Zamówienie, 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:

.....zł (słownie:.....) brutto za godzinę udzielania świadczeń

**łącznie wartość umowy wynosi ..... PLN (słownie: .....) brutto.**

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy Udzielający Zamówienie wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku.
3. 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.
4. 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.
5. Za datę dostarczenia faktury Udzielającemu Zamówienia uznaje się datę przyjęcia faktury potwierdzonej przez Dział Księgowości Udzielającego Zamówienia.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienia.
7. 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.
8. 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.
  9. Ustępy 7 i 8 nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą.
  10. 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.
  11. 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 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.
3. 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 31.01.2025r.**, 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, który nie posiada obywatelstwa polskiego, nie przedstawi dokumentu uprawniającego cudzoziemca do wykonywania legalnej pracy na terenie Polski, niezwłocznie po wezwaniu do jego przedstawienia przez Udzielającego Zamówienie.
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

.....  
**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
**Udzielający Zamówienia**



**Załącznik nr 4 do Umowy**  
Zał. nr 3 do Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w IPCZD

.....  
miejsowość, data

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(stanowisko)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

**OŚWIADCZENIE o poufności**

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: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w IPCZD**

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.

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

**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 *(jeśli dotyczy)*