KO/CZD/71/26

OGŁOSZENIE
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie
działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej
ogłasza konkurs ofert na:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników w zakresie wykonywania badań polisomnograficznych oraz innych badań czynnościowych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" z Zespołem Obturacyjnego Bezdechu Sennego -3 osoby.

1. **Udzielający Zamówienie**
   INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"
   Al. Dzieci Polskich 20
   04-730 Warszawa
   Dane do kontaktu:
   Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń - budynek G, I piętro, pokój 123
   Strona internetowa, na której dostępne jest Ogłoszenie: *www.czd.pl* – Konkursy poza ust. PZP – Konkursy ofert na podstawie ustawy o działalności leczniczej.
   Godziny urzędowania: pn. - pt.: od godziny 8:00 do godziny 15:35
   Karolina Szulim, tel.: +48 22 815-16-78, e-mail**:** *k.szulim@ipczd.pl*
2. **Opis przedmiotu zamówienia**
   Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników w zakresie wykonywania badań polisomnograficznych oraz innych badań czynnościowych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" z Zespołem Obturacyjnego Bezdechu Sennego -3 osoby.
   KOD CPV: 85121200-5-Specjalistyczne usługi medyczne
3. **Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.**
4. **Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia umowy do 31.03.2027r.**
5. **Wykaz niezbędnych dokumentów oraz warunków uprawniających Oferentów do udziału w postępowaniu konkursowym:**
   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. 5.1.2, pkt. 5.1.3. oraz 5.1.4.)
   2. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (licencjat lub magister) lub w trakcie studiów wyższych (udokumentowane ukończenie minimum I roku studiów licencjackich) na kierunkach medycznych (tj. elektroradiologia, audiofonologia z protetyką słuchu, fizjoterapia lub równoważne);
   3. W przypadku ukończonych studiów wyższych w dziedzinie fizjoterapii – prawo wykonywania zawodu;
   4. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;
   5. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi;
   6. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - **nie starsza niż 6 miesięcy**. [1]
   7. Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat; [2,3]

[1] Nie dotyczy Oferentów, którzy ubiegają się o kontynuację współpracy bez przerwy zatrudnienia w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"
W formularzu pn. „Zapytanie o udzielnie informacji o osobie", w pkt. 11 konieczne jest wskazanie postępowania, w związku z którym zachodzi potrzeba uzyskania informacji o osobie, należy wpisać: Dopuszczenie do działalności związanej z wykonywaniem wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

[2] Jeżeli prawo państwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, Oferent składa **informację z rejestru karnego tego państwa.**

8. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;
9. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców;

5.1. Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełniania warunków, o których mowa w pkt. 5 niniejszego Ogłoszenia:

5.1.1. W przypadku osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

1. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (licencjat lub magister) lub w trakcie studiów wyższych (udokumentowane ukończenie minimum I roku studiów licencjackich) na kierunkach medycznych (tj. elektroradiologia, audiofonologia z protetyką słuchu, fizjoterapia lub równoważne);
2. W przypadku ukończonych studiów wyższych w dziedzinie fizjoterapii – prawo wykonywania zawodu;
3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi – do potwierdzenia w formularzu cenowym;
5. Dokument potwierdzający informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - **nie starszą niż 6 miesięcy;**
6. Dokument potwierdzający informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat;
7. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;
8. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców;

5.1.2. W przypadku osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (indywidualna działalność gospodarcza)

1. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (licencjat lub magister) lub w trakcie studiów wyższych (udokumentowane ukończenie minimum I roku studiów licencjackich) na kierunkach medycznych (tj. elektroradiologia, audiofonologia z protetyką słuchu, fizjoterapia lub równoważne);
6. W przypadku ukończonych studiów wyższych w dziedzinie fizjoterapii – prawo wykonywania zawodu;
7. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
8. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi - do potwierdzenia w formularzu cenowym;
9. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
10. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011r. o działalności leczniczej.
11. Dokument potwierdzający informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - nie starszą niż 6 miesięcy;
12. Dokument potwierdzający informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów

[3] W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, nie przewiduje sporządzenia informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, Oferent składa **oświadczenie - załącznik nr 7 do Ogłoszenia.**

posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat;

13. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;
14. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców;

UWAGA. Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełniania wymagań stawianych Oferentom powinny być złożone w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem, opatrzone podpisem Oferenta.

6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

1. formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia
2. formularz cenowy– zał. nr 4 do Ogłoszenia
3. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia
4. Oświadczenie o zamieszkiwaniu w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – zał. nr 6 do Ogłoszenia
5. oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/zamieszkiwania - zał. nr 7 do Ogłoszenia – w przypadku, gdy prawo państwa nie przewiduje sporządzenia informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego.

7. Sposób porozumiewania się Udzielającego Zamówienie z Oferentami.

1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
2. Wszelkie oświadczenia, zawiadomienia oraz informacje będą przekazywane przez Udzielającego Zamówienie i Oferentów w formie pisemnej lub w wersji elektronicznej.
3. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego Zamówienie o wyjaśnienie treści Ogłoszenia przed upływem terminu na składania ofert.
4. Osoby uprawnione do porozumiewania się z Oferentami:

Karolina Szulim – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń,
Tel.: +48 22 815-16-78, e-mail: *k.szulim@ipczd.pl*

5. Dokumenty składane przez Oferentów, w odpowiedzi na wezwanie do usunięcia braków formalnych w trybie art. 149 ust. 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, winny być złożone w formie pisemnej, tj. oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.

8. Opis sposobu przygotowania oferty.

1. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Złożenie oferty alternatywnej skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez Oferenta lub przez osobę upoważnioną do jego reprezentowania. W przypadku podpisywania oferty przez osobę/osoby posiadające pełnomocnictwa, dokumenty pełnomocnictwa muszą być dołączone do oferty w oryginale lub w notarialnie uwierzytelnionej kopii.
4. Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty (a nie kartki) wraz z załącznikami były jednoznacznie ponumerowane i spięte.

9. Miejsce i termin składania ofert.

1. Oferty należy składać w nieprzejrzystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **…25.11…. 2026r. do godz. 11:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienie, budynek G, I piętro, pokój 123 – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń.
2. Opakowanie zawierające ofertę powinno być zaadresowane:

INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”
Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń
Al. Dzieci Polskich 20; 04-730 Warszawa

oraz oznakowane następująco:

i opatrzone nazwą oraz dokładnym adresem Oferenta. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnej z w/w opisem ponosi Oferent.

3. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Udzielającego Zamówienie przed upływem terminu wyznaczonego do składnia ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Instytutu.
4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi ……25.11…… 2026r. o godz. 11:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia ……30.11…… 2026r. Z zastrzeżeniem możliwości przedłużenia terminu przez Udzielającego Zamówienie z powodów proceduralnych.

10. Kryteria wyboru oferty i sposób oceny

1. Przy wyborze oferty Komisja Konkursowa kierować się będzie następującymi kryteriami:
   a) Cena – max 96 punktów
   b) Jakość – max 4 punkty

Razem max do uzyskania 100 punktów

	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	**Cena**	**96 punktów**	**Liczba punktów w tym kryterium, będzie stanowić sumę punktów uzyskanych w kategoriach od A-D:** A. oferowana cena za podłączenie, odłączenie i nocny nadzór nad badaniem polisomnograficznym; kontrola poprawności i zgranie badania na nośniki elektroniczne - max. 24 pkt. B. oferowana cena za podłączenie, odłączenie i nocny nadzór nad badaniem poligraficznym kontrola poprawności i zgranie badania na nośniki elektroniczne - max. 24 pkt. C. oferowana cena za TestMSLT – wielokrotnej latencji snu - wykonanie testu na aparacie PSG - max. 24 pkt. D. oferowana cena za wykonanie badania rynomanometrii aktywnej przedniej lub spirometrii - max. 24 pkt. Liczba punktów, jaką można uzyskać osobno za każdą kategorię, zostanie obliczona zgodnie ze wzorem: liczba punktów oferty badanej = $\frac{\text{najniższa cena oferty}}{\text{cena oferty badanej}}$ x 100 x 0,24
2.	**Jakość [1], [2]**	**4 punkty**	**Oświadczenie oferenta, że posiada udokumentowane doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi:** A. brak doświadczenia w pracy z pacjentami pediatrycznymi - 0 punktów B. więcej niż 1 rok doświadczenia w pracy z pacjentami pediatrycznymi – 4 punkty

[1] W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o udokumentowanym doświadczeniu w pracy z pacjentem pediatrycznym, Udzielający Zamówienia nie wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty i przyzna 0 punktów..

[2] Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w pracy z pacjentem pediatrycznym.

7. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów, za wszystkie ocenione łącznie kryteria.

8. Świadczenia zdrowotne udzielane będą zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie.

9. Rozliczenia między Udzielającym Zamówienia, a Przyjmującym Zamówienie odbywać się będą w polskich złotych (PLN)

10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo niedokonania wyboru świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 152 ust. 2 pkt. 3 ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, bez podania przyczyn.

11.Rozstrzygnięcie konkursu

1 . Udzielający Zamówienia odrzuci ofertę:

a) złożoną przez Oferenta po terminie;

b) zawierającą nieprawdziwe informacje;

c) jeżeli Oferent nie wypełnił informacji o cenie za świadczenie zgodnie z formularzem cenowym będącym załącznikiem nr 4 do Ogłoszenia;

d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;

g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów (z wyłączeniem formularza cenowego w zakresie kryterium cena oraz KRK) lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wezwie oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

3. W przypadku gdy Oferent złoży dokumenty (wydruk z CEIDG, wydruk z RPWDL lub wydruk z KRS), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienie są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienie jeśli będzie to możliwe uzyska je samodzielnie z ogólnodostępnych baz danych.

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

a) nie wpłynęła żadna oferta;

b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;

c) odrzucono wszystkie oferty;

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

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

5. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

6. . Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

12. Udzielenie zamówienia

1. Zamówienie zostanie udzielone Oferentowi, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o kryteria wyboru podane w pkt. 10 niniejszego Ogłoszenia.

2. W przypadku, gdy w wyniku oceny ofert, dwóch lub więcej Oferentów uzyska jednakową liczbę punktów, a liczba tych Oferentów przekracza liczbę umów, które Udzielający zamówienia zamierza zawrzeć, Udzielający zamówienia może wezwać tych Oferentów do złożenia pisemnych ofert dogrywkowych, obejmujących zmianę parametrów podlegających ocenie zgodnie z kryteriami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert.

Wszyscy Oferenci objęci dogrywką otrzymują jednakowe warunki jej przeprowadzenia oraz ten sam termin na złożenie oferty dogrywkowej. W przypadku niezłożenia oferty dogrywkowej w wyznaczonym terminie przyjmuje się, że Oferent podtrzymuje ofertę pierwotną.

Oferty po dogrywce podlegają ponownej ocenie zgodnie z kryteriami i zasadami punktacji określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert. Jeżeli dogrywka nie doprowadzi do rozstrzygnięcia remisu, Udzielający zamówienia może przeprowadzić kolejną dogrywkę na zasadach określonych powyżej.

3. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienie poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie, podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres Oferenta, którego oferta została wybrana.

13. Istotne postanowienia umowy

Istotne dla stron postanowienia, stanowią załącznik nr 2 do niniejszego Ogłoszenia.

14. Środki ochrony prawnej przysługujące Przyjmującym Zamówienie

1. Przyjmującym Zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienie, unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania Przyjmujący Zamówienie może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń (bud. G – I p.) oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora Udzielającego Zamówienie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

15. Sygnaliści

1. W IPCZD obowiązuje procedura zgłoszeń wewnętrznych, zgodna z ustawą o ochronie sygnalistów. Zgłoszeń można dokonywać drogą mailową na adres zgloszeniesygnalisty@ipczd.pl, a także w formie pisemnej lub ustnej do Kierownika Działu Polityki Personalnej i Wynagrodzeń IPCZD.

Załączniki:

1) Szczegółowy zakres zamówienia (zał. nr 1),
2) Istotne postanowienia umowy (zał. nr 2),
3) Formularz ofertowy (zał. nr 3)
4) Formularz cenowy (zał. nr 4)
5) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5)
6) Oświadczenie o zamieszkiwaniu w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa (zał. nr 6)
7) Oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/ zamieszkiwania (zał. nr 7)

……..……..

podpis Udzielającego Zamówienia

1. Miesięczna maksymalna liczba świadczeń:

Nazwa świadczenia	**Miesięczna liczba świadczeń dla 3 osób**
Podłączenie, odłączenie i nocny nadzór nad badaniem polisomnograficznym; kontrola poprawności i zgranie badania na nośniki elektroniczne	3-20
Podłączenie, odłączenie i nocny nadzór nad badaniem poligraficznym kontrola poprawności i zgranie badania na nośniki elektroniczne	0-20
TestMSLT – wielokrotnej latencji snu - wykonanie testu na aparacie PSG: 5 x pomiar czasu latencji snu w odstępach co 2 godziny	0-6
Wykonanie badania rynomanometrii aktywnej przedniej lub spirometrii	0-20

2. Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia umowy do 31.03.2027r.
3. Miejsce wykonywania zamówienia: Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka Klinika Otorynolaryngologii, Audiologii i Foniatrii IPCZD
4. Zamówienie będzie realizowane przez 3 osoby

<u>Zakres świadczeń</u>

1. Podłączenie i nadzór nad badaniem polisomnograficznym, poligraficznym
2. Wykonywanie testu MSLT
3. Wykonanie badań dodatkowych, w tym badań rynomanometrii aktywnej przedniej/rynometrii akustycznej
4. Zgrywanie zapisu badania na nośniki elektroniczne
5. Dbałość o powierzone urządzenia, mycie i dezynfekcja czujników wielorazowych
6. Ścisła współpraca z koordynatorem programu

Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

§ 1
Przedmiot Umowy

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań polisomnograficznych oraz innych badań czynnościowych 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 niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich (jeśli dotyczy).
3. 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.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem. Niedopuszczalna jest praca ciągła w wymiarze przekraczającym 24 godziny, tylko wyjątkowe okoliczności mogą uzasadniać przekroczenie tego limitu. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa, jest Kierownik Kliniki Otorynolaryngologii, Audiologii i Foniatrii bądź osoba go zastępująca.
5. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Kierownika Kliniki Otorynolaryngologii, Audiologii i Foniatrii bądź osobę go zastępującą.
6. 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.
7. 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.
8. 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 zespołami działającymi w Instytucie, w tym z personelem pielęgniarskim, lekarskim oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienia, w szczególności na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
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) Podejmować działania na rzecz budowania kultury jakości oraz bezpieczeństwa pacjenta, w szczególności w

zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych;
f) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;
g) Do przestrzegania przepisów sanitarno-epidemiologicznych, przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej, przepisów porządkowych, a także przepisów dotyczących ochrony radiologicznej (*jeżeli mają zastosowanie*), obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Do obowiązków Kierownika Kliniki Otorynolaryngologii, Audiologii i Foniatrii lub osoby go zastępującej należy zapewnienie zapoznania z powyższymi przepisami oraz przeprowadzenie adaptacji stanowiskowej;
h) 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;
i) Wystawiać świadczeniobiorcom zwolnienia lekarskie, recepty oraz inne druki lub zaświadczenia (*jeśli dotyczy*);
j) Stosować się do zarządzeń wewnętrznych Udzielającego Zamówienia o charakterze organizacyjnym, dokumentacji procesów Systemu Zarządzania Jakością, a także do przestrzegania przepisów prawa, w tym w szczególności przepisów o ochronie danych osobowych, porządkowych oraz 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;
k) 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);*
l) Posiadać aktualny Certyfikat Szkolenia w dziedzinie Ochrony Radiologicznej Pacjenta *(jeśli dotyczy).*
9. 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.
10.Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
11.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.
12.Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
13.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie;
b) zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Kopie dokumentów o których mowa powyżej, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawić w terminie 14 dni od daty zawarcia umowy;
c) Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że recepty uzyskane za pośrednictwem Udzielającego Zamówienie 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";
14.Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
15.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia, w szczególności ukierunkowanych na poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Ponad to Przyjmujący Zamówienie zobowiązuję się do wdrażania działań naprawczych i korygujących oraz do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, zdobywania lub uzupełniania wiedzy i umiejętności, mających na

celu poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta.
16.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy do identyfikowania i niezwłocznego zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz ryzyka związanych ze zdarzeniami niepożądanymi zgodnie z instrukcją stanowiącą załącznik nr 3 do Zarządzenia Dyrektora Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w sprawie określenia zasad wewnętrznego systemu bezpieczeństwa pacjenta, powołania Zespołu ds. bezpieczeństwa pacjenta oraz ogłoszenia Polityki systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka";
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.
18.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do korzystania z indywidualnych identyfikatorów pracowniczych zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora 51/15 z dnia 7 grudnia 2015r. w sprawie określenia zasad realizacji obowiązku posługiwania się wizytówkami identyfikacyjnymi przez pracowników Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" oraz inne osoby pracujące lub czasowo przebywające na terenie Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka".
19.Przyjmujący Zamówienie podlega systemowi monitorowania obecności na zasadach określonych w regulaminie monitorowania obecności zleceniobiorców, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Instytutu w sprawie wprowadzenia Regulaminu monitorowania obecności zleceniobiorców w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka".
20. W związku z nałożonymi zadaniami obronnymi w ramach realizacji Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 października 2023 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa (Dz. U. 2023 poz. 2482 z późn. zm.). Udzielający zamówienie jest zobowiązany udzielać świadczenia zdrowotne w każdym czasie, także podczas wystąpienia sytuacji kryzysowych oraz zaistnienia zagrożenia państwa i w czasie wojny. Przyjmujący zamówienie w czasie trwania niniejszej umowy zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych przewidzianych tą umową w ilościach zabezpieczających potrzeby Udzielającego zamówienie podczas wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia państwa oraz w czasie wojny.

§ 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 użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
e) realizacji zaleceń pokontrolnych;
f) czasu pracy - w tym w oparciu o system monitorowania obecności.

§ 4
Należność za realizację zamówienia

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie, z uwzględnieniem obowiązkowych składek leżących po stronie Udzielającego Zamówienie (jeśli są wymagane), tj.:

Składki emerytalnej
Składki rentowej
Składki wypadkowej
Składki na Fundusz Pracy
Składki na Fundusz Solidarnościowy
Składki na Pracownicze Plany Kapitałowe

a) **w łącznej wysokości: …….. zł (słownie: ……..) za podłączenie, odłączenie i nocny nadzór nad badaniem polisomnograficznym, kontrolę poprawności i zgranie badania na nośniki elektroniczne**

b) **w łącznej wysokości: …….. zł (słownie: ……..) za podłączenie, odłączenie i nocny nadzór nad badaniem poligraficznym kontrola poprawności i zgranie badania na nośniki elektroniczne**

c) **w łącznej wysokości: …….. zł (słownie: ……..) za TestMSLT – wielokrotnej latencji snu - wykonanie testu na aparacie PSG**

d) **w łącznej wysokości: …….. zł (słownie: ……..) za wykonanie badania rynomanometrii aktywnej przedniej lub spirometrii**

Łączna wartość Umowy wynosi ……. PLN (słownie: ……..)

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, będą wystawiane i wysyłane 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 wysłania faktury Udzielającemu Zamówienia uznaje się datę przyjęcia faktury potwierdzoną przez Dział Księgowości Udzielającego Zamówienie.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty wysłania poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
7. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostaną potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, 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. Punkty 7, 8 niniejszego paragrafu 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 na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienia sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie do 30 dni od daty wysłania poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie. Postanowienia ust. 6 nie znajdują zastosowania do zasad wystawiania faktur dotyczących dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 10.
12. W związku z wejściem w życie obowiązku korzystania z Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF), wszystkie faktury będą wystawiane i przesyłane przez Wykonawcę oraz odbierane przez Zamawiającego wyłącznie za pośrednictwem KSeF (jeśli Wykonawca jest zobowiązany do korzystania z KSeF). W przypadku wystąpienia awarii KSeF po stronie systemu, potwierdzonej komunikatem udostępnionym przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, uniemożliwiającej wystawienie faktury ustrukturyzowanej w KSeF, na czas trwania przeszkody faktury będą wystawiane w formie elektronicznej jako pliki PDF i przesyłane na adres e-mail: ksiegowosc@ipczd.pl.
13. Z uwagi na ograniczenia systemu KSeF w zakresie możliwości dodawania załączników stanowiących potwierdzenie realizacji usług, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przekazywać suplementy i inne załączniki potwierdzające wykonanie usług za pomocą narzędzi udostępnionych przez Udzielającego zamówienia.

§ 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 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie;
b) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1;
c) w przypadku udaremnienia lub utrudnienia kontroli, audytów wewnętrznych lub wizytacji akredytacyjnych – w wysokości 1000 zł (tysiąc złotych) za każdy incydent;
d) nieuzasadnionej odmowy przez Przyjmującego Zamówienie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych– w wysokości 2 000 zł (słownie: dwa tysiące złotych) za każde stwierdzone i potwierdzone przez Kierownika Kliniki Otorynolaryngologii, Audiologii i Foniatrii lub Zastępcę Dyrektora ds. Klinicznych zdarzenie;
e) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 Umowy – w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie;
f)Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 2 ust. 9 w wysokości 500 zł (pięćset złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie;
g) 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);*
h) w przypadku zgubienia w czasie trwania umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100 zł (sto złotych) *(jeśli dotyczy);*
i) w przypadku udostępnienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego innej osobie, skanowania kart innych osób lub wszelkich działań sprzecznych z zasadami używania indywidualnego identyfikatora, w wysokości 1 000 zł (słownie: jeden tysiąc złotych) za każde stwierdzone naruszenie;
j) w przypadku zgubienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego i wydania duplikatu karty w wysokości 20 zł (słownie: dwadzieścia złotych);
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 umowy do 31.03.2027r.** 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.
3. W przypadku niezrealizowania wartości umowy określonej w § 4 ust. 1, strony przewidują możliwość przedłużenia terminu wykonania umowy, do czasu zrealizowania pozostałej części kwoty przeznaczonej do zapłaty za wykonanie przedmiotu umowy.

§ 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 w przypadku gdy:
a) przez Udzielającego Zamówienie, gdy utraci on zaufanie do Przyjmującego Zamówienie;
b) przez Udzielającego Zamówienie, gdy w związku z wykonywaniem Umowy wpłyną do Udzielającego Zamówienie przynajmniej dwie uzasadnione skargi dotyczące Przyjmującego Zamówienie;
c) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienia mająca wpływ na wykonywanie Umowy;
d) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmiana zapotrzebowania Udzielającego Zamówienie na świadczenia objęte Umową;
e) przez Udzielającego Zamówienie, gdy zmianie ulegną zasady lub warunki finansowania świadczeń zdrowotnych, mające wpływ na możliwość lub zasadność dalszej realizacji Umowy;
f) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmiana struktury organizacyjnej Udzielającego Zamówienie, w szczególności dojdzie do likwidacji, połączenia, przekształcenia lub reorganizacji komórki organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia objęte Umową;
g) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmiana zakresu lub rodzaju świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Udzielającego zamówienie;
h) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi powierzenie wykonywania świadczeń objętych Umową innemu podmiotowi lub zwiększenie zakresu świadczeń udzielanych przez inne osoby lub podmioty;
i) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmniejszenie wartości lub zakresu umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z NFZ, w zakresie dotyczącym świadczeń objętych Umową;
j) przez Przyjmującego Zamówienie w przypadku wystąpienia istotnych okoliczności po jego stronie powodujących niemożność realizacji Umowy;
k) zmiany przepisów prawa, wymagań NFZ lub innych warunków prawnych dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli wpływa ona na sposób lub zakres realizacji Umowy;
l) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi ograniczenia działalności leczniczej Udzielającego Zamówienia, w tym czasowego lub stałego ograniczenia działalności komórki organizacyjnej, której dotyczy Umowa.

2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie rażąco narusza istotne postanowienia Umowy, 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, dopuści się czynu nieuczciwej konkurencji, o których mowa w § 8, naruszy postanowienia Umowy, naruszy prawa pacjenta, naruszy przepisy dotyczące ochrony danych osobowych lub inne istotne dla wykonywania Umowy przepisy prawa;

c) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo (lub nastąpi jego uprawdopodobnienie), które uniemożliwia dalszą realizację Umowy lub powoduje utratę zaufania Udzielającego Zamówienie;
d) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia, możliwości 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 lub gdy wykonane badanie wskaże wynik dodatni;
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;
j) Przyjmujący Zamówienie, nie posiadający 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 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 sądowi właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
2. Załączniki do Umowy stanowić 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 dotyczące zachowania poufności
Załącznik nr 5: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w IPCZD (jeśli dotyczy)
Załącznik nr 6: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się z Regulaminem monitorowania obecności zleceniobiorców

…… ……

Przyjmujący Zamówienie **Udzielający Zamówienia**

Załącznik nr 4 do umowy

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZACHOWANIA POUFNOŚCI

1. Ja (imię i nazwisko), 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 i Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
   b) „Polityka Ochrony Danych Osobowych" w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"
2. Zobowiązuję się do przestrzegania zarządzeń, instrukcji i procedur dotyczących ochrony danych osobowych obowiązujących w Instytucie oraz że nie będę bez pisemnego upoważnienia Administratora Danych Osobowych przetwarzać danych osobowych w IPCZD
3. Zobowiązuję się, że nie będę pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać ani udostępniać jakichkolwiek danych osobowych, w tym danych wrażliwych m.in. medycznych i genetycznych, które zostaną mi udostępnione przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie, w innych celach niż określone w Umowie.
4. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/y, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane za naruszenie obowiązków wynikających z umowy i stanowić podstawę odpowiedzialności karnej oraz odszkodowawczej.

Niniejsze zobowiązanie obowiązuje na czas nieokreślony, również po wygaśnięciu umowy/ innego stosunku prawnego.

……

podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 5 do umowy

OŚWIADCZENIE OSOBY UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE ZBIOREM WYTYCZNYCH I ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W IPCZD

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam się / zapoznałem się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, w tym m.in. z:

1. zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przeciwpożarowymi, w tym wytycznymi ochrony i bezpieczeństwa osobistego,
2. procedurami kontroli zakażeń szpitalnych,
3. zasadami ochrony i przetwarzania danych osobowych,
4. zasadami ochrony radiologicznej (jeśli dotyczy),
5. Systemem Zarządzania Jakością oraz programem działań na rzecz poprawy jakości oraz zasadami akredytacji,
6. procedurą zgłaszania naruszeń prawa oraz podejmowania działań następczych,
7. treścią regulaminu wewnętrznego w zakresie przeciwdziałania mobbingowi i molestowaniu w miejscu pracy,
8. procedurą postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego lub katastrofy,
9. zakresem systemów informatycznych, wytycznymi stosowania elektronicznego rekordu pacjenta oraz wytycznymi zabezpieczeń systemu informatycznego,
10. topografią szpitala,
11. prezentacją przedstawiająca wizję, misję i strategię i kierunki rozwoju Instytutu,
12. zasadami komunikacji obowiązującymi w IPCZD oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....

(data i podpis)

Załącznik nr 6 do umowy

OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM MONITOROWANIA OBECNOŚCI ZLECENIOBIORCÓW

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/łem się z zapisami *Regulaminu monitorowania obecności zleceniobiorców* oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

.....

(data i podpis)

KO/CZD/71/26

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia: **Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 WARSZAWA, AL. DZIECI POLSKICH 20**

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

Imię i Nazwisko lub nazwa firmy pod którą działa Oferent		
Obywatelstwo		
ADRES	**Kod pocztowy**	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/ mieszkania	
NIP*		
REGON*		
nr dowodu osobistego	**Seria …… numer ……. wydany przez ……**	
PESEL		
Nazwisko rodowe		
Imiona rodziców		
adres email		
telefon		

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników w zakresie wykonywania badań polisomnograficznych oraz innych badań czynnościowych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" z Zespołem Obturacyjnego Bezdechu Sennego - 3 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 2 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 pkt. 5.1 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. Oświadczam, że posiadam **wykształcenie medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4 Ogłoszenia.
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.

……....., dnia …….. ……. *(podpis Oferenta)*

* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x")	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (licencjat lub magister) lub w trakcie studiów wyższych (udokumentowane ukończenie minimum I roku studiów licencjackich) na kierunkach medycznych (tj. elektroradiologia, audiofonologia z protetyką słuchu, fizjoterapia lub równoważne)		
2	Prawo wykonywania zawodu – wyłącznie w przypadku fizjoterapeutów		
3	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące – wyłącznie w przypadku fizjoterapeutów		
4	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
5	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
6	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) - dotyczy wszystkich Oferentów		
7	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
8	Aktualna polisa OC		
9	Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem –		
10	Informacja z Krajowego Rejestru Karnego		
11	Inne- wymienić jakie ……..		

(podpis) ……

Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników w zakresie wykonywania badań polisomnograficznych oraz innych badań czynnościowych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" z Zespołem Obturacyjnego Bezdechu Sennego -3 osoby

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE:
Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20
PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:
Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

……
Adres Przyjmującego Zamówienie:

……

FORMULARZ CENOWY

KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich Oferentów *(należy uzupełnić):*
Oferowane wynagrodzenie z uwzględnieniem obowiązkowych składek leżących po stronie Udzielającego Zamówienie (jeśli są wymagane), tj.:

a) Składki emerytalnej
b) Składki rentowej
c) Składki wypadkowej
d) Składki na Fundusz Pracy
e) Składki na Fundusz Solidarnościowy
f) Składki na Pracownicze Plany Kapitałowe

1. W łącznej wysokości …….. zł (słownie: ……) za podłączenie, odłączenie i nocny nadzór nad badaniem polisomnograficznym, kontrolę poprawności i zgranie badania na nośniki elektroniczne

2. W łącznej wysokości …….. zł (słownie: ……..) za podłączenie, odłączenie i nocny nadzór nad badaniem poligraficznym kontrola poprawności i zgranie badania na nośniki elektroniczne

3. W łącznej wysokości …….. zł (słownie: ……..) za TestMSLT – wielokrotnej latencji snu - wykonanie testu na aparacie PSG

4. W łącznej wysokości …….. zł (słownie: ……..) za wykonanie badania rynomanometrii aktywnej przedniej lub spirometrii

KRYTERIUM b): Jakość [1], [2] - dotyczy wszystkich Oferentów *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):* **Oświadczam, że posiadam udokumentowane doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi:**

A.	Brak udokumentowanego doświadczenia w pracy z pacjentami pediatrycznymi	
B.	Posiadam powyżej 1 roku doświadczenia w pracy z pacjentami pediatrycznymi	

[1] W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o udokumentowanym doświadczeniu w pracy z pacjentem pediatrycznym, Udzielający Zamówienia nie wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty i przyzna 0 punktów..

[2] Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w pracy z pacjentem pediatrycznym.

Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym, w zakresie KRYTERIUM a) Cena, będzie skutkowała odrzuceniem oferty

……., dnia …… (podpis Oferenta) ……

Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy wszystkich Oferentów

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) ……

Załącznik nr 6 do Ogłoszenia

……

Imię i nazwisko [4]

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

* nie zamieszkiwałam/-em
* zamieszkiwałam/-em w następujących państwach ……..

w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…….

(data i podpis)

*Niepotrzebne skreślić

Pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi. Jeżeli prawo państwa zamieszkiwania nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

Podstawa prawna: art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

[4] dotyczy wszystkich Oferentów

Załącznik nr 7 do Ogłoszenia

Oświadczenie [5]

Ja niżej podpisany/a ……

zamieszkały/a……

legitymujący/a się dokumentem tożsamości nr ……

wydanym przez ……

numer PESEL ……

Oświadczam, że:

- prawo w państwie obywatelstwa ……(wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego;
- prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am …….. (wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego.

Oświadczam, że:

- nie byłem/am prawomocnie skazany/a w żadnym z wyżej wymienionych państw, za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/am się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……

(data i podpis)

[5] W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja z rejestrów karnych, nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem, że nie była prawomocnie skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Podstawa prawna: art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.