SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU CHIRURGII SZCZĘKOWEJ W ODDZIALE OTOLARYNGOLOGII, AUDIOLOGII I FONIATRII DZIECIĘCEJ W WOJEWÓDZKIM SZPITALU DZIECIĘCYM IM. J. BRUDZIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY

Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy ul. Chodkiewicza 44, tel. 52 32-62-100, fax 52 32-62-101 zwany dalej Udzielającym zamówienie ogłasza konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii szczękowej.

I. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Umowa na udzielanie świadczeń zawarta zostanie na okres od 01.05.2018r. do 30.04.2020r.

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w projekcie umowy, która stanowi załącznik do niniejszej specyfikacji.

III. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą usługodawcy, którzy spełniają następujące warunki:
   a) w zakresie lekarza Oddziału lekarz specjalista z zakresu chirurgii szczękowej;
   b) udzielanie świadczeń na podstawie załączonego wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 1.

2. Oferta **musi** zawierać następujące dokumenty:
   a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje (dyplom, tytuł naukowy, specjalizacja, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe),
   b) kopię prawa wykonywania zawodu,
   c) aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL,
   d) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/),
   e) kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
   f) kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza,
   g) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
   h) podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
   i) oświadczenie o udzielaniu/nie udzielaniu świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowiące załącznik nr 3,
   j) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
   k) w przypadku oferty złożonej przez NZOZ, będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej:
      - aktualny odpis z właściwego rejestru,
      - aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
      - kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
      - kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

UWAGA

WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZON YCH ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (**KAŻDA STRONA DOKUMENTU**) PRZEZ OFERENTA.

IV. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Okres związania ofertą wynosi **30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.
3. Oferent poniesie wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Oferta musi być napisana w języku polskim oraz podpisana przez oferenta.
5. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego w Bydgoszczy przy ul. Chodkiewicza 44, w Dziale Kadrowo - Płacowym Szpitala **do dnia 26.04.2018r. do godz.14.35.**
6. Oferta musi być oznaczona: **„Świadczenia zdrowotne z zakresu chirurgii szczękowej"** na ofercie musi być umieszczone nazwisko i adres oferenta**.**
7. Oferty złożone po terminie składania ofert zostaną zwrócone bez otwierania.
8. Oferent nie może wycofać oferty i wprowadzać w niej zmian po upływie terminu składania ofert.
9. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego przy ul. Chodkiewicza 44 w sali wykładowej **dnia 27.04.2018r. godz. 9.00.**
   Oferenci mogą być obecni przy otwieraniu ofert.
10. Zamawiający udzieli zamówienia oferentowi, którego oferta odpowiada zasadom określonym w specyfikacji oraz została uznana za najkorzystniejszą.
11. Zamawiający powiadomi o wyniku prac komisji niezwłocznie, zawiadamiając oferentów na piśmie.
12. Do kontaktów z oferentami uprawniony jest Dział Kadrowo – Płacowy.

V. KRYTERIA WYBORU OFERTY

1. Kwota należności za realizację zamówienia.

VI. PROTESTY

Oferentom, którzy ubiegać się będą o zamówienie przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

Bydgoszcz, dnia …….. .....

podpis

WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO
W BYDGOSZCZY

Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy
REGON 000898946 • NIP 554-22-35-340
85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44
Dział Kadrowo-Płacowy
tel. +48 797 008 526 • kadry@wsd.org.pl
tel. +48 797 008 549 • place@wsd.org.pl

Załącznik nr 1 do SIWZ

Umowa nr ……
o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu …….. zawarta w dniu ……. roku

na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 poz. 217) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, z siedzibą przy ul. Chodkiewicza 44, 85-667 Bydgoszcz, o nr REGON 000898946, o nr NIP 554-22-35-340, zarejestrowanym w KRS w Bydgoszczy XIII WG pod nr KRS 0000002360, reprezentowanym przez: **Dyrektora Szpitala – mgr Edwarda Hartwicha,** zwanym w treści umowy **„Udzielającym zamówienia”**,
a
Panią/Panem …… zamieszkałą/-ym ……,
Zwaną/-ym w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”,
o następującej treści:

Postanowienia ogólne
§ 1

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:
1. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr **..** wydane przez Bydgoska Izbę Lekarską.
2. Prowadzi indywidualną praktykę lekarską wpisaną do Rejestru Indywidualnych Specjalistycznych Praktyk Lekarskich, prowadzonego przez Bydgoską Izbę Lekarską pod nr **....**
3. Posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729).

§ 2

1. Przedmiotem umowy jest ustalenie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych przez **Przyjmującego zamówienie**
   - w Oddziale …,
   - w Poradni …,
   - w formie dyżurów medycznych w Oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy

   pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy na rzecz **Udzielającego zamówienia**. **Przyjmujący zamówienie** wykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, które w szczególności polegają na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami.
2. Umowa reguluje prawa i obowiązki stron, została zawarta w oparciu o protokół Komisji Konkursowej z dnia .. roku.

Obowiązki Przyjmującego zamówienie
§ 3

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania z należytą starannością obowiązków lekarza specjalisty … w zakresie określonym w niniejszej umowie i zgodnie z warunkami ustalonymi w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy, w szczególności do:

1. Osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy zgodnie z wymogami wiedzy i umiejętnościami lekarskimi na zasadach określonych w § 5 niniejszej. umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
   a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
   b) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
   c) regulaminu organizacyjnego **Udzielającego zamówienie**,
   d) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez **Udzielającego zamówienie**,
   e) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
   f) aktów prawnych obowiązujących w ochronie danych osobowych.
3. Przestrzegania zasad wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej.
4. Udzielania nieodpłatnych konsultacji w innych oddziałach szpitala.
5. Przebywania w godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń na terenie Szpitala, a po odrębnym uzgodnieniu z **Udzielającym zamówienia** lub osobą przez niego upoważnioną pozostawania w dyspozycji całą dobę.
6. Niezwłocznego tj. przed godzinami rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych informowania Ordynatora/Zarządzającego o przyczynie i okresie nieobecności.
7. Znajomości i przestrzegania przepisów prawa obowiązujących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: przepisów bhp, ppoż. i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia**.
8. Dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej według wzorów obowiązujących podmioty wykonujące działalność leczniczą.
9. Dbania o mienie Szpitala udostępnione przez **Udzielającego zamówienia** celem realizacji niniejszej umowy.
10. Prawidłowego, zgodnego z instrukcją obsługi użytkowania sprzętu i aparatury medycznej używanych przez niego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
11. Samodzielnego opłacania i rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie społeczne oraz inne świadczenia (w tym rozliczenia z Urzędem Skarbowym) wynikające z obowiązujących przepisów, które **Przyjmujący zamówienie** pokrywa we własnym zakresie.
12. Zawarcia na własny koszt umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielonego zamówienia zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 3.
13. Poddania się kontroli przeprowadzanej przez **Udzielającego zamówienia** oraz ze strony podmiotu kontrolującego **Udzielającego zamówienia** w szczególności w zakresie:
    a) zakresu, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
    b) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
    c) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych
    d) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
    e) terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych,
    f) przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń **Udzielającego zamówienia**. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z NFZ.
14. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych.
15. Prowadzenia szkoleń podyplomowych i specjalizacyjnych lekarzy i pielęgniarek.
16. Zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową.
17. Dostarczenia **Udzielającemu zamówienia** oraz aktualizowania wszelkich niezbędnych dokumentów, a w szczególności:
    a) polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 3,
    b) orzeczenia lekarskiego o zdolności do świadczenia usług,
    c) aktualnych zaświadczeń potwierdzających odbycie szkoleń z zakresu bhp i p.poż.
18. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm.

19. **Przyjmujący zamówienie** pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należytym stanie.
20. Nie podejmowania**, bez zgody Udzielającego zamówienia,** działalności konkurencyjnej polegającej na udzielaniu tożsamych z niniejszą umową świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w okresie obowiązywania niniejszej umowy.

Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie
§ 4

1. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność solidarnie z **Udzielającym zamówienia**.
2. Za szkody powstałe w mieniu udostępnionym **Przyjmującemu zamówienie**, odpowiada on do pełnej wysokości wyrządzonej szkody, jeżeli powstanie ona w wyniku zaniechania, niedbalstwa, umyślnego uszkodzenia lub zagubienia.
3. **Przyjmujący zamówienie** odpowiada za racjonalne wykorzystanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych sprzętu, aparatury, a także leków, artykułów sanitarnych itp.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu zamówienie karę umowną z tytułu nienależytego wykonania umowy w poniższych przypadkach oraz w wysokości:
   a) 5 % całkowitego rocznego umownego wynagrodzenia brutto w przypadku powtarzających się rażących błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej, stwierdzonych w wyniku kontroli prowadzonej przez Udzielającego zamówienie, jak również przez NFZ;
   b) 5 % całkowitego miesięcznego umownego wynagrodzenia brutto za nieprzestrzeganie ustalonego harmonogramu świadczenia usług.
5. W przypadku niedopełnienia obowiązku dostarczenia dokumentów wymienionych w § 3 pkt 17 lub utraty ich ważności **Przyjmujący zamówienie** nie ma prawa udzielać świadczeń zdrowotnych, a **Udzielający zamówienie** wstrzyma wypłatę wynagrodzenia bez uprzedniego powiadamiania do momentu dostarczenia wymaganych dokumentów. Ponadto **Przyjmujący zamówienie** zapłaci **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 1 % całkowitego miesięcznego umownego wynagrodzenia brutto za każdy dzień zwłoki w ich dostarczeniu.
6. Podstawą do obliczenia kary umownej jest wynagrodzenie należne za miesiąc, w którym **Przyjmujący zamówienie** nienależycie wykonywał umowę.
7. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za udzielone świadczenia zdrowotne w najbliższym terminie płatności.
8. **Udzielający zamówienia** zastrzega sobie możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
9. Naruszenie obowiązków określonych w § 3 pkt 16 powoduje odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** za wyrządzone szkody **Udzielającemu zamówienia** wg zasad określonych w kodeksie cywilnym.

Czas i warunki udzielanie świadczeń zdrowotnych
§ 5

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń:
   a) udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzyma wynagrodzenie w wysokości **… wartości** (słownie …) każdej wykonanej procedury z grupy C21 Kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe, C22 Duże zabiegi szczękowo-twarzowe, C23 Średnie zabiegi szczękowo-twarzowe, C24 Małe zabiegi szczękowo-twarzowe w ramach limitu z Narodowym Funduszem Zdrowia,
2. Harmonogram, o którym mowa w pkt 1, sporządza **Udzielający zamówienia** i przedstawia go **Przyjmującemu zamówienie** nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca kalendarzowego.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych wymienionych w pkt 1 lit. „a” w zależności od potrzeb **Udzielającego zamówienia**.
4. **Przyjmujący zamówienie** w razie niemożności osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może za zgodą **Udzielającego zamówienia** powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy.

5. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być lekarz legitymujący się kwalifikacjami fachowymi do udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej równymi **Przyjmującego zamówienie**.
6. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.
7. Odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** i osoby go zastępującej (zastępcy), za czynności tej ostatniej jest solidarna.
8. Za okres udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza zastępującego **Przyjmującemu zamówienie** nie przysługuje wynagrodzenie.

Prawa Przyjmującego zamówienie

§ 6

1. **Przyjmujący zamówienie** może w terminie uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia** nie udzielać świadczeń zdrowotnych. Za okres ten nie przysługuje wynagrodzenie.
2. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do wzywania nieodpłatnie na konsultacje lekarzy innych specjalności z innych oddziałów Szpitala oraz innych szpitali, a także innych pracowników medycznych pozostających w gotowości dyżurowej oraz wydawać zlecenia personelowi zatrudnionemu przez **Udzielającego zamówienia** w zakresie niezbędnym do wykonywania niniejszej umowy.
3. **Przyjmujący zamówienie** udziela świadczeń zdrowotnych przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego, sprzętu jednorazowego użytku, leków i materiałów sanitarnych (opatrunkowych) oraz bazy lokalowej **Udzielającego zamówienia**.
4. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt 3 musi odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
5. **Przyjmujący zamówienie** może kierować pacjentów na leczenie do innych podmiotów leczniczych, jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta, a możliwości diagnostyczne, lecznicze lub brak miejsca nie zapewnią dalszego leczenia.
6. W przypadku wątpliwości diagnostycznych lub leczniczych **Przyjmujący zamówienie** zasięga opinii Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem lub wzywa go na konsultację.

Obowiązki Udzielającego zamówienia

§ 7

Udzielający zamówienia zobowiązuje się:

1. Udostępnić **Przyjmującemu zamówienie**, w celu wykonania nin. umowy, pomieszczenia Szpitala wraz ze składnikami majątkowymi tj. aparaturą, sprzętem medycznym, lekami, materiałami medycznymi i innymi środkami niezbędnymi do wykonania zamówienia.
2. Środki udostępnione przez **Udzielającego zamówienia**, o których mowa w pkt 1, nie mogą być używane w inny sposób niż do celów związanych z realizacją nin. umowy. **Przyjmujący zamówienie** nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy i środków określonych w pkt 1 będącym następstwem ich prawidłowego używania.
3. Przyznać **Przyjmującemu zamówienie** za wykonanie świadczeń zdrowotnych wynagrodzenie określone w § 8.

Zasady wynagradzania

§ 8

1. Strony ustalają, że miesięczne wynagrodzenie obejmuje:
   a) Wynagrodzenie za udzielone świadczenia, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „a" za efektywnie udzielane świadczenia zdrowotne w danym miesiącu,
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt 1, wyczerpuje całość zobowiązań finansowych **Udzielającego zamówienia** za udzielone przez **Przyjmującego zamówienie** świadczenia zdrowotne.

§ 9

1. **Przyjmujący zamówienie** składa **Udzielającemu zamówienia** rachunek/fakturę za wykonane świadczenia podpisany przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem/Kierującego Poradnią/Pracownią, w terminie 5 dni po zakończeniu miesiąca. Miesiącem obliczeniowym jest czas zawarty między pierwszym a ostatnim dniem miesiąca poprzedniego, za który następuje wypłata wynagrodzenia.
2. Rachunek/ faktura powinny zawierać:

a) imię i nazwisko **Przyjmującego zamówienie**,
b) określenie terminów udzielania świadczeń i miejsca wykonywania świadczeń,
c) iloczyn ilości wykonanych procedur oraz stawki określonej w § 5 pkt. 1 lit. „a",
d) wartość płatnego zwolnienia od udzielania świadczeń zdrowotnych,
e) należność ogółem,
f) **załącznik nr 2** dotyczący potwierdzenia przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie** usług.
g) nr rachunku bankowego w formacie CC AAAA AAAA BBBB BBBB BBBB BBBB

3. **Udzielający zamówienia** wypłaci należność w ciągu 21 dni od złożenia rachunku/ faktury przez **Przyjmującego zamówienie** na jego konto o nr **….**
4. Za dzień wykonania zobowiązania uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienie.
5. Za opóźnienia w wypłacie należności **Przyjmujący zamówienie** może naliczyć odsetki w umownej wysokości połowy wysokości odsetek ustawowych w przypadku nie przekazania środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia; a w pozostałych przypadkach w wysokości odsetek ustawowych.

Okres obowiązywania umowy
§ 10

Umowę zawarto na czas określony **od dnia … r. do dnia … r.**

Tryb i zasady rozwiązywania umowy
§ 11

1. **Udzielający zamówienia** ma prawo rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach gdy:
   a) **Przyjmujący zamówienie** swoje prawa i obowiązki przeniósł na osobę trzecią bez uzyskania zgody **Udzielającego zamówienia**,
   b) w wyniku kontroli wykonywania umowy i innych działań uregulowanych w odrębnych przepisach stwierdzono u **Przyjmującego zamówienie** niewypełnienie warunków umowy, wadliwe jej wykonanie, ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie zakresu lub złą jakość świadczeń,
   c) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 5,
   d) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 16,
   e) **Przyjmujący zamówienie** nie udokumentuje w ciągu 30 dni od daty podpisania umowy zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w § 1 pkt 3,
   f) zastosowania aresztu tymczasowego powyżej jednego miesiąca wobec **Przyjmującego zamówienie**,
   g) podejmowania czynności w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających przy odmowie poddania się wykonaniu badań diagnostycznych,
   h) wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej przez **Przyjmującego zamówienie** w innym celu niż wykonywanie usług objętych zakresem niniejszej umowy,
   i) utraty przez **Przyjmującego zamówienie** prawa wykonywania zawodu lub zawieszenia w prawie wykonywania zawodu przez organ uprawniony do tego typu działań,
   j) zmiany bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wyklucza możliwość kontynuowania umowy,
   k) naruszenie postanowień § 3 pkt 20.
2. Każda ze stron ma prawo rozwiązać niniejszą umowę za 1 miesięcznym okresem wypowiedzenia liczonego od dnia złożenia stosownego oświadczenia woli.
3. Umowa wygasa w przypadku:
   a) likwidacji **Udzielającego zamówienia**,
   b) wygaśnięcia umowy zawartej pomiędzy **Udzielającym zamówienia** a Narodowym Funduszem Zdrowia i nie podpisania przez NFZ kolejnej umowy,
   c) śmierci **Przyjmującego zamówienie**.

Postanowienia końcowe

§ 12

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13

Do niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy: ustawy Kodeks cywilny, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz inne ogólnie obowiązujące.

§ 14

1. Strony ustalają, że wszelkie spory, które wynikną z niniejszej umowy postarają się rozstrzygnąć na drodze polubownej.
2. W przypadku nie osiągnięcia porozumienia wymienionego w pkt 1 każda ze stron ma prawo odwołać się do właściwego sądu powszechnego.

§ 15

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla **Przyjmującego zamówienie** i dwa egzemplarze dla **Udzielającego zamówienia**.

…….. ……..

Przyjmujący zamówienie **Udzielający zamówienia**

WOJEWÓDZKI
SZPITAL DZIECIĘCY
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO
W BYDGOSZCZY

Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy
REGON 000898946 • NIP 554-22-35-340
85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44
Dział Kadrowo-Płacowy
tel. +48 797 008 526 • kadry@wsd.org.pl
tel. +48 797 008 549 • place@wsd.org.pl

Załącznik nr 1 do Umowy

WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH LEKARZA SPECJALISTY ODDZIAŁU ZABIEGOWEGO (ZAKRES CZYNNOŚCI)

1. Lekarz specjalista zapewnia:

a. w oddziale zabiegowym:

- codzienne uczestnictwo w raportach lekarskich,
- przeprowadzanie wywiadów z pacjentami,
- badanie pacjenta,
- stawianie diagnozy,
- zalecanie badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych współpracującym lekarzom i pielęgniarkom,
- wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
- wykonywanie zabiegów operacyjnych,
- nadzorowanie pracy i zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych przez asystentów młodszych asystentów, lekarzy stażystów w zakresie określonym procedurą oddziału,
- bieżące ocenianie:
  - stanu pacjentów,
  - postępów w leczeniu,
  - wyników badań,
- stała weryfikacja wstępnej diagnozy i leczenia,
- wnioskowanie o zakończeniu hospitalizacji pacjenta do ordynatora,
- pełnienie dyżurów,
- udział w badaniach sekcyjnych,
- szkolenia lekarzy i personelu średniego w zakresie diagnostyki i leczenia prowadzonego oddziału,
- prowadzenie dokumentacji medycznej według procedur obowiązujących w Szpitalu - zawartych w ISO, w systemie papierowym i informatycznym (a w szczególności samodzielnego rejestrowania pacjentów,
- systematyczne samokształcenie,
- uczestnictwo w zebraniach szpitalnych,
- przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
- zachowanie w tajemnicy danych osobowych dostępnych w związku z wykonywaniem umowy zawartej z WSD zarówno w trakcie jej trwania jak po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu,
- aktywne uczestnictwo w systemie zarządzania jakością oraz kontroli zarządczej,
- udział w komisjach: zgodnie z regulaminem organizacji,
- monitorowanie przestrzeganie limitów procedur medycznych wynikających z umowy z NFZ,
- współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem;

b. w poradni specjalistycznej:

- przeprowadzanie wywiadów z pacjentami,
- badania pacjenta,
- stawianie diagnozy,
- zalecania badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych,
- wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
- ocenianie postępów w leczeniu, wyników badań,

- prowadzenie orzecznictwa lekarskiego,
- prowadzenie dokumentacji medycznej według procedur obowiązujących w Szpitalu. – zawartych w ISO, w systemie papierowym i informatycznym,
- systematyczne samokształcenie,
- uczestnictwo w zebraniach szpitalnych,
- przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
- monitorowanie przestrzeganie limitów procedur medycznych wynikających z umowy z NFZ
- zachowanie w tajemnicy danych osobowych dostępnych w związku z wykonywaniem umowy zawartej z WSD zarówno w trakcie jej trwania jak po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu,
- aktywne uczestnictwo w systemie zarządzania jakością oraz kontroli zarządczej,
- wydawanie zaleceń leczniczych personelowi przychodni,
- monitorowanie i przestrzeganie limitów procedur medycznych wynikających z umowy z NFZ,
- współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem.
- w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy wobec pacjenta (w środowisku domowym lub innym) niezwłocznie powiadomić:
  - w godz. 7^{30} - 15^{00} specjalistę ds. rehabilitacji społecznej pod nr tel. wewnętrznym 269,
  - w godz. 15^{00} - 7^{30} Komisariat Śródmieście w Bydgoszczy pod nr tel. 52-588-11-59.

……
data, podpis

Załącznik nr 2 do umowy

…… ……

Imię i nazwisko m-c rok

Dzień miesiąca	Ilość godzin przepracowanych		Dyżur w dzień roboczy	Dyżur w dzień świąteczny	Ilość badań / konsultacji	Zwolnienia płatne	Nieobecność bezpłatna
	Oddział	Poradnia					
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
RAZEM							

Data ……..

Potwierdzam zgodność danych . W/w wykonał świadczenia zdrowotne zgodnie z zakresem umowy.

……

Podpis Ordynatora/Kierownika

Załącznik nr 2 do SIWZ

.....
Nazwa oferenta

.....
adres oferenta

.....
telefon oferenta

Wojewódzki Szpital Dziecięcy
ul. Chodkiewicza 44
85-667 Bydgoszcz

Oferta

Nawiązując do ogłoszenia w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ……

w……

…… w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym oferuję:

1. Liczba godzin do wypracowania w miesiącu: …….
2. Kwotę należności:
   a) Stawka za 1 godzinę pracy..... zł. (słownie ..... zł.)
   b) Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu……..... zł.
   (słownie.....……
   …….....……
   ……...……..zł.)
3. Proponuję czas trwania umowy od ……r. do ……r.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/łam się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz posiadam wszystkie niezbędne informacje i środki do przygotowania oferty,
2. uważam się za związanego/ą ofertą w czasie 30 dni od daty upływu terminu do składania ofert,
3. akceptuję załączony projekt umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jego bezwarunkowego podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

....
miejscowość, data podpis oferenta

Załączam:

a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje (dyplom, tytuł naukowy, specjalizacja, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe),
b) kopię prawa wykonywania zawodu,
a) aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL,
b) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/),
c) kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
d) kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza,
e) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
f) podpisany formularz oferty stanowiącego załącznik nr 2,
g) oświadczenie o udzielaniu/nie udzielaniu świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowiącego załącznik nr 3,
h) oświadczenie o nr konta stanowiącego załącznik nr 4,

i) w przypadku oferty złożonej przez NZOZ, będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej:
   - aktualny odpis z właściwego rejestru,
   - aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
   - kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
   - kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Załącznik nr 3 do SIWZ

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a* oświadczam, **że udzielam/nie udzielam*** świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

…….. ……..

miejsce i data czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4 do SIWZ

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż moim nr konta na który należy dokonywać wpłat z tytułu umowy cywilno – prawnej jest ……..…….....…….

w banku .....

…….…….. ……..
miejsce i data czytelny podpis