

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU OTOLARYNGOLOGII  
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 otolaryngologii dziecięcej.

### **I. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Umowa na udzielanie świadczeń zawarta zostanie na okres od 01.05.2019r. do 30.04.2022r.

### **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 i Lekarza Poradni Specjalistycznej lekarz specjalista z zakresu otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii , lekarz specjalista z zakresu foniatrii, audiologii;
  - 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 POŚWIADCZONYCH 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 17.04.2019r. do godz.10:00.**
6. Oferta musi być oznaczona: „**Świadczenia zdrowotne z zakresu otolaryngologii dziecięcej**” 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 17.04.2019r. godz. 12.00.**  
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

**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 Bydgoską 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 Bydgoszczypacjentom 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 użytkownika 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.poz.
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 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 powiadomienia 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 we wszystkie dni tygodnia (w liczbie godzin od .. do .. miesięcznie) i w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości .. zł za 1 godzinę pracy (słownie .. złotych),
  - b) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości .. zł za godzinę dyżuru (słownie .. złotych),
  - c) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w niedzielę, dzień świąteczny lub dzień wolny od pracy (ustalony przez **Udzielającego zamówienia** zgodnie z obowiązującymi przepisami) za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości .. zł za godzinę dyżuru (słownie .. złotych),
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. „b”, „c”, 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** zatrudniony w WSD.
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** ma prawo do płatnego zwolnienia z udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu każdego roku licząc od dnia zawarcia umowy w liczbie do 26 dni kalendarzowych w roku liczonych w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku.
2. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do zwolnienia z udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu każdego roku licząc od dnia zawarcia umowy w liczbie 10 dni roboczych w roku na szkolenie.
3. **Przyjmujący zamówienie** może otrzymać zwolnienie z udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie dłuższym niż wymieniony w pkt 2 jeżeli leży to w interesie **Udzielającego zamówienia**.
4. W czasie wykorzystywania zwolnienia określonego w pkt 1 **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie w wysokości określonej w §5 pkt. 1 lit. a.
5. W czasie wykorzystywania zwolnienia określonego w pkt 2 **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie w wysokości określonej w §5 pkt. 1 lit. a.
6. O zamiarze wykorzystania prawa do płatnego zwolnienia **Przyjmujący zamówienie** powiadamia pisemnie Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem.
7. **Przyjmujący zamówienie** może w terminie uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia** nie udzielać świadczeń zdrowotnych. Za okres ten nie przysługuje wynagrodzenie.
8. **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.
9. **Przyjmujący zamówienie** udziela świadczeń zdrowotnych przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego, sprzętu jednorazowego użytku, leków i materiałów sanitarnych (opatrunkowych) oraz bazy lokalowej **Udzielającego zamówienia**.
10. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt 9 musi odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
11. **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.
12. 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 niniejszej 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.

- Przyznać **Przyjmującemu zamówienie** za wykonanie świadczeń zdrowotnych wynagrodzenie określone w § 8.

### Zasady wynagradzania

#### § 8

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

#### § 9

- Przyjmujący zamówienie** składa **Udzielającemu zamówienia** rachunek/fakturę za wykonane świadczenia podpisany przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem, w terminie 5 dni po zakończeniu miesiąca. Miesiącem obliczeniowym jest czas zawarty między pierwszym a ostatnim dniem miesiąca poprzedniego, za który następuje wypłata wynagrodzenia.
- Rachunek/ faktura powinny zawierać:
  - imię i nazwisko **Przyjmującego zamówienie**,
  - określenie terminów udzielania świadczeń i miejsca wykonywania świadczeń,
  - iloczyn ilości wypracowanych godzin oraz stawki określonej w § 5 pkt. 1 lit. „a”, „b”, „c”,
  - wartość płatnego zwolnienia od udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - należność ogółem,
  - załącznik nr 2** dotyczący potwierdzenia przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie** usług.
  - nr rachunku bankowego w formacie CC AAAA AAAA BBBB BBBB BBBB BBBB
- Udzielający zamówienia** wypłaci należność w ciągu 21 dni od złożenia rachunku/ faktury przez **Przyjmującego zamówienie** na jego konto o nr ....
- Za dzień wykonania zobowiązania uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienia**.
- 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

- Udzielający zamówienia** ma prawo rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach gdy:
  - Przyjmujący zamówienie** swoje prawa i obowiązki przeniósł na osobę trzecią bez uzyskania zgody **Udzielającego zamówienia**,
  - 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,
  - w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 5,
  - w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 16,
  - 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 dentystry 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



## 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,
- badanie 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.

### **WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE LEKARZA DYŻURNEGO ODDZIAŁÓW SZPITALA (ZAKRES CZYNNOŚCI)**

#### **1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w Oddziałach szpitala jest zobowiązany:**

- kończyć dyżur o godzinie 7.30 na raporcie dyżurnym u Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa  
- dyżur w dzień roboczy trwa 16 godz. 30 min.  
- dyżur w niedzielę, dzień świąteczny lub dzień wolny od pracy trwa 24 godz.
- zakończyć dyżur po rozpoczęciu pracy lekarskiej w oddziałach, a w dniu ustawowo wolnym od pracy – po zgłoszeniu się następcy, któremu Lekarz dyżurny oddziałów powinien przekazać informację, z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem ciężko chorych,
- zaznajomić się ze stanem chorych leczonych w oddziale,
- przebywać w szpitalu przez cały czas trwania dyżuru, powiadamiać Pielęgniarkę Izby Przyjęć o miejscu pobytu na terenie szpitala,
- dokładnie zbadać każdego chorego skierowanego do leczenia przez Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i po ustaleniu przy pomocy niezbędnych środków rozpoznania włączyć racjonalne leczenie,
- na prośbę Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć lub Lekarza dyżurnego pozostałych oddziałów przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania diagnostyczno – leczniczego,
- wykonywać obchody lekarskie w godzinach popołudniowych i wieczornych,
- prowadzić zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej postępowanie lecznicze u chorych hospitalizowanych w oddziałach,
- prowadzić postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne przyjętego do oddziału pacjenta zgodnie ze standardami leczenia obowiązującymi w oddziale,
- stosować się do wytycznych dotyczących zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- w przypadkach szczególnych zasięgnąć opinii na temat dalszego postępowania diagnostyczno – leczniczego w Instytucie Toksykologii,
- w przypadkach wątpliwych jeżeli istnieją trudności w diagnozowaniu lub w postępowaniu leczniczym zasięgnąć telefonicznie opinii Ordynatora lub wezwać go na poradę,
- jeśli wystąpi stan zagrożenia życia pacjenta leczonego w oddziale rozpocząć reanimację, wezwać do pomocy Lekarza anestezjologa oraz zawiadomić Koordynatora ZLD i jeśli tego wymaga stan chorego przenieść go do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej,
- prowadzić dokładną dokumentację zarówno chorych przyjętych w czasie dyżuru, pacjentów wcześniej hospitalizowanych, których stan zdrowia uległ pogorszeniu jak i chorych, którzy zmarli w czasie pełnionego dyżuru,
- zawiadomić Koordynatora ZLD o zgonie pacjenta w oddziale,

- udokumentować w historii choroby okoliczności, czas zgonu jak i jego potwierdzenie po dwóch godzinach,
- przez Pielęgniarkę Izby Przyjęć powiadomić rodzinę zmarłego pacjenta,
- nadzorować pracę średniego i niższego personelu oddziału, kontrolować wykonanie wydanych zleceń i pielęgnowanie ciężko chorych,
- udawać się niezwłocznie na wezwania personelu pomocniczo-lekarskiego do chorych wymagających pomocy,
- w sytuacjach szczególnych na polecenie Koordynatora ZLD udzielić pomocy chorym leczonym w innych oddziałach,
- po uzgodnieniu z Lekarzem Koordynatorem ZLD zastąpić Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć (konsultacja pacjenta w innej placówce medycznej),
- udzielić w miarę posiadanych danych informacji o stanie zdrowia rodzicom lub prawnym opiekunom chorych,
- powiadomić policję w przypadku ucieczki pacjenta z oddziału,
- w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy wobec pacjenta (w środowisku domowym lub innym) niezwłocznie powiadomić:
  - w godz. 7<sup>30</sup> - 15<sup>00</sup> specjalistę ds. rehabilitacji społecznej pod nr tel. wewnętrznym 269,
  - w godz. 15<sup>00</sup> - 7<sup>30</sup> 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

.....  
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<sup>1</sup>:
  - a. Stawka za 1 godzinę pracy..... zł. (słownie ..... zł.)
  - b. Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w dzień nie będący sobotą, niedzielą i świętem ..... zł./godz. (słownie ..... zł./godz.)
  - c. Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w dzień świąteczny lub dzień będący sobotą, niedzielą i świętem ..... zł. /godz. (słownie ..... zł./godz.),
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.

.....  
miejsowość, 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,

<sup>1</sup> Wypełnić tylko te punkty, które dotyczą oferenta

- 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.

## 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

.....  
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