

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII  
W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII DZIECIĘCEJ, BLOKU  
OPERACYJNYM ORAZ ŚRODKU TRANSPORTU MEDYCZNEGO (KARETKA) ORAZ  
KIEROWANIE ODDZIAŁEM ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII 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 anestezjologii i intensywnej terapii oraz kierowanie oddziałem.

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

Umowa na udzielanie świadczeń zawarta zostanie na okres od 01.05.2022 r. do 30.04.2024 r.

### **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, Bloku operacyjnego, środka transportu medycznego (karetki)
    - lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz kurs z zakresu żywienia pozajelitowego i dojelitowego w chirurgii
  - b) udzielanie świadczeń na podstawie wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 1.
2. Oferta **musi** zawierać następujące dokumenty:
  - a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje
    - dyplom, tytuł naukowy,
    - specjalizacja,
    - certyfikaty, dyplomy potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe z ostatnich 2 lat,
  - b) kserokopię 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) oświadczenie stanowiące załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,
  - h) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
  - i) podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
  - j) 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,
  - k) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
  - a) oświadczenie o posiadaniu certyfikatu podpisu PUE-ZUS załącznik nr 6,
  - b) 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 Kadr Szpitala **do dnia 22.04.2022r. do godz.14.35**
6. Oferta musi być oznaczona: „**Świadczenia zdrowotne z zakresu anestezjologii i kierowania Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej. Oferty nie otwierać przed 26.04.2022 r. godz. 9.00.**”, 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 26.04.2022r. 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 Kadr.

### V. KRYTERIA WYBORU OFERTY

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) Kwalifikacji oferenta,
- 2) kwoty należności za realizację zamówienia
- 3) jakość udzielanych świadczeń (w szczególności doświadczenie zawodowe, pozytywne relacje z pacjentami i ich opiekunami prawnymi),
- 4) kompleksowości,
- 5) dostępności,
- 6) ciągłości,

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Dziale Kadr).

### IV. 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.2021.1285 t.j.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022.633 t.j.).

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**

1. Do niniejszej umowy mają zastosowanie następujące przepisy prawne:
  - a) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - b) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty ,
  - c) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - d) Statut Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy,
  - e) rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
  - f) inne przepisy obowiązujące w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej
2. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że:
  - a) Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr .. wydane przez .... Izbę Lekarską.
  - b) Prowadzi indywidualną praktykę lekarską wpisaną do Rejestru Indywidualnych Specjalistycznych Praktyk Lekarskich, prowadzonego przez .... Izbę Lekarską pod nr ....
  - c) 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych i wykonywanie obowiązków kierownika oddziału przez **Przyjmującego zamówienie** oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na zabezpieczeniu przewozu pacjentów z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego do innych jednostek lub wykonanie świadczeń anestezjologicznych na Sali operacyjnej lub w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy w:
  - w Oddziale ....,
  - w formie dyżurów medycznych w ...

- środek transportu medycznego (karetka)

pacjentom Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy na rzecz **Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie** wykonuje czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, które w szczególności polegają na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami.

- 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:

- Osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy zgodnie z wymogami wiedzy i umiejętnościami lekarskimi na zasadach określonych w § 5 niniejszej umowy.
- Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
  - aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
  - przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
  - regulaminu organizacyjnego **Udzielającego zamówienie**,
  - standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez **Udzielającego zamówienie**,
  - standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
  - aktów prawnych obowiązujących w ochronie danych osobowych.
- Przestrzegania zasad wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej.
- Udzielania nieodpłatnych konsultacji w innych oddziałach szpitala.
- 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.
- Niezwłocznego tj. przed godzinami rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych informowania Ordynatora/Zarządzającego o przyczynie i okresie nieobecności.
- Znajomości i przestrzegania przepisów prawa obowiązujących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: przepisów bhp, ppoż. i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia**.
- Dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej według wzorów obowiązujących podmioty wykonujące działalność leczniczą.
- Dbania o mienie Szpitala udostępnione przez **Udzielającego zamówienia** celem realizacji niniejszej umowy.
- Prawidłowego, zgodnego z instrukcją obsługi użytkownika sprzętu i aparatury medycznej używanych przez niego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
- 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.
- Zawarcia na własny koszt umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielonego zamówienia zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 3.
- Poddania się kontroli przeprowadzanej przez **Udzielającego zamówienia** oraz ze strony podmiotu kontrolującego **Udzielającego zamówienia** w szczególności w zakresie:
  - zakresu, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
  - liczby i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych
  - prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
  - 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 tożsamyh 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.
  21. Lekarz przed rozpoczęciem transportu zobowiązany jest sprawdzić wyposażenie karetki w następujący sprawny sprzęt:
    - defibrylator
    - respirator transportowy dla niemowląt, dzieci i dorosłych
    - pompy infuzyjne strzykawkowe
    - zestaw do podawania tlenu z zaworem redukcyjnym, dwa ssaki
    - puls oksymetr, czujniki do saturacji O<sub>2</sub> dostosowane do wieku rozwojowego dziecka
    - nosze samojezdne + pasy zabezpieczające
    - krzesółko kardiologiczne
    - fotelik do przewozu niemowlaka 0-13 kg (atest zgodny z europejską normą ECE R44/03)
    - sygnały dźwiękowe i świetlne pojazdu uprzywilejowanego
    - środek łączności: łączność radiowa lub telefon komórkowy
    - sprawna klimatyzacja (podwójna – tj. przód i tył kabiny)
    - zestawy do intubacji i reanimacji pacjenta, w tym rurki intubacyjne i rurki nosowo-gardłowe dostosowane do wieku dziecka
    - aparat do mierzenia ciśnienia
    - deski ortopedyczne
    - kołnierze ortopedyczne
    - komplet leków niezbędnych przy transporcie chorych zgodny z ustawą o Państwowym ratownictwie medycznym oraz dodatkowy zestaw leków ratunkowych niezbędnych do zabezpieczenia medycznego przewożonego pacjenta tj.:
      - Leki wg ustawy o Państwowym ratownictwie medycznym:
        - 1) Acidum acetylsalicylicum – tabletki od 0,3 do 0,5 g
        - 2) Amiodaroni hydrochloridum - 50 mg/ml - roztwór do wstrzykiwań
        - 3) Atropini sulfas - 0,5 mg/ml, 1 mg/ml roztwór do wstrzykiwań;
        - 4) Captoprilum - 12,5 mg tabletki;
        - 5) Clemastinum – 2mg/2ml roztwór do wstrzykiwań;
        - 6) Clonazepamum - 1 mg/ml roztwór do wstrzykiwań;
        - 7) Diazepamum - roztwór do wstrzykiwań lub wlewka doodbytnicza (do 10 mg/2,5 ml)
        - 8) Drotaverini hydrochloridum – 20mg/ml roztwór do wstrzykiwań
        - 9) Epinephrinum - 1 mg/ml roztwór do wstrzykiwań;
        - 10) Flumazenilum – 0,5 mg/5ml roztwór do wstrzykiwań;
        - 11) Furosemidum - 20 mg/2ml roztwór do wstrzykiwań;

- 12) Glucagon hydrochloride – 1 mg/fiol+rozpuszczalnik roztwór do wstrzykiwań;
- 13) Glucosum 20 % - 200 mg/ml roztwór do wstrzykiwań;
- 14) Glucosum 5 % - 50 mg/ml roztwór do wlewu dożylnego;
- 15) Glyceroli trinitras – tabletki 0,5 mg; 0,4 mg/dawkę - aerozol podjęzykowy;
- 16) Hydrocortisonum lub Methylprednisolonum – roztwór do wstrzykiwań (Hydrocortisonum 100 mg/ml; 250 mg/2ml); Methylprednisolonum 500mg/fiol.; 1 g/fiol.)
- 17) Ketoprofenum - 100 mg/2ml roztwór do wstrzykiwań;
- 18) Lidocaini hydrochloridum – 100 mg/2ml roztwór do wstrzykiwań;
- 19) Magnesii sulfas – 200 mg/ml roztwór do wstrzykiwań;
- 20) Metoclopramidum – 10 mg/2ml roztwór do wstrzykiwań;
- 21) Midazolamum – 5 mg/amp. roztwór do wstrzykiwań;
- 22) Morphini sulfas – 10 mg/ml; 20 mg/ml - roztwór do wstrzykiwań;
- 23) Naloxoni hydrochloridum - 0,4 mg/ml - roztwór do wstrzykiwań;
- 24) Natrii chloridum 0,9 % - roztwór do wlewu dożylnego;
- 25) Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny - roztwór do wlewu dożylnego;
- 26) Salbutamolom – aerozol wziewny w roztworze do nebulizacji
- 27) Solutio Ringeri - roztwór do wlewu dożylnego;
- 28) Tlen medyczny - gaz

- **Dodatkowy zestaw leków ratunkowych niezbędnych do zabezpieczenia medycznego przewożonego pacjenta:**

- 1) Ephedryna
- 2) Dexaven
- 3) Dobutrex, Dopamina
- 4) Thiopental
- 5) Pyralgin, Perfalgan
- 6) 8,4% NaHCO<sub>3</sub>
- 7) Teofilina
- 8) Isoptin
- 9) Adenozyna
- 10) 6% HESS
- 11) 20% Mannitol
- 12) Ebrantil

22. Lekarz przed rozpoczęciem transportu zobowiązany jest wypełnić kartę kontrolną wyposażenia karetki potwierdzającą zabezpieczenie w leki niezbędne do transportu pacjenta.

### **Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie**

#### **§ 4**

1. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność cywilną, zawodową, dyscyplinarną i karną zgodnie z obowiązującymi przepisami.
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 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 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 ..... godzin tygodniowo) i w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości ..... **za 1 godzinę** (słownie: ..... złotych) zwane ryczałtem podstawowym,
  - b) kierowanie oddziałem za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości .....**zł** (słownie .....złoty) zwane ryczałtem kierowniczym
  - c) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości ..... **zł** za godzinę dyżuru (słownie ..... złotych),
  - d) 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),
  - e) za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na zabezpieczeniu przewozu pacjentów z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy do innych jednostek lub wykonanie świadczeń anesteziologicznych na Sali operacyjnej lub w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy  
..... **zł.** (słownie .....zł) za pozostawanie w gotowości do udzielania w/w świadczeń w dniach nie będących sobotą, niedzielą i świętem,  
.....**zł.** (słownie .....zł) za pozostawanie w gotowości do udzielania w/w świadczeń w dniach będących sobotą, niedzielą i świętem
  - f) za udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na zabezpieczeniu przewozu pacjentów z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy do innych jednostek lub wykonanie świadczeń anesteziologicznych na Sali operacyjnej lub w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy i środka transportu medycznego  
.....**zł.** (słownie .....zł) za pierwszą godzinę udzielania w/w świadczeń,  
..... **zł.** (słownie .....zł) za każdą następną godzinę udzielania w/w świadczeń we wszystkie dni tygodnia
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. „c”, „d”, „e” i „f” 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** ma prawo do płatnego zwolnienia z udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu każdego roku licząc od dnia zawarcia umowy w liczbie do ..... 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 ..... 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. O zamiarze wykorzystania prawa do płatnego zwolnienia **Przyjmujący zamówienie** powiadamia pisemnie Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem/Kierującego Poradnią/Pracownią.
6. **Przyjmujący zamówienie** może w terminie uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia** nie udzielać świadczeń zdrowotnych. Za okres ten nie przysługuje wynagrodzenie.
7. **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.
8. **Przyjmujący zamówienie** udziela świadczeń zdrowotnych przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego, sprzętu jednorazowego użytku, leków i materiałów sanitarnych (opatrunkowych) oraz bazy lokalowej **Udzielającego zamówienia**.
9. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt 9 musi odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
10. **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.
11. 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.
3. Przyznać **Przyjmującemu zamówienie** za wykonanie świadczeń zdrowotnych wynagrodzenie określone w § 8.

### **Zasady wynagradzania**

#### **§ 8**

1. Strony ustalają, że miesięczne wynagrodzenie obejmuje:
  - a) stawka godzinowa, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „a” za efektywnie udzielane świadczenia zdrowotne w danym miesiącu,
  - b) ryczałt kierowniczy, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „b”,
  - c) stawka godzinowa, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „c”, „d”, „e” i „f”,



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 w Dziale Kadr, 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) wartość udzielonych świadczeń tj. iloczyn ilości wypracowanych godzin oraz stawki określonej § 5 pkt 1 lit. „a”,
  - d) wartość ryczałtu kierowniczego określonego w § 5 pkt 1 lit. „b”,
  - e) wartość płatnego zwolnienia od udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - f) wartość udzielonych świadczeń w ramach dyżuru tj. iloczyn ilości wypracowanych godzin oraz stawki określonej § 5 pkt 1 lit. „c”, „d”, „e” i „f”,
  - g) należność ogółem,

**załącznik nr 2** dotyczący potwierdzenia przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem/Kierującego Poradnią/Pracownią wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie** usług.

- h) 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 .... w Banku ....
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



**Załącznik nr 1 do Umowy**

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I KIEROWANIA ODDZIAŁEM  
SZPITALA  
(ZAKRES CZYNNOŚCI)**

**1. Lekarz kierujący oddziałem zapewnia:**

- świadczenie jakości usług na poziomie obowiązującego standardu lub stosownie do możliwości Szpitala (funkcja lidera procesów w systemie zarządzania jakością),
- kierowanie procesem diagnostyczno-leczniczym u pacjentów oddziału,
- stwarzanie warunków do przestrzegania praw pacjenta,
- przestrzeganie praw pacjenta i etyki zawodowej,
- przedkładanie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa potrzeb oddziału,
- organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z leczeniem pacjentów i kierowaniem oddziałem,
- 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,
- prowadzenie polityki personalnej gwarantującej odpowiedni poziom usług oddziału,
- nadzorowanie w oddziale przebiegu szkolenia lekarzy stażystów,
- nadzorowanie prowadzonej dokumentacji związanej z funkcjonowaniem oddziału,
- przedkładanie do zaopiniowania przez Dział Ekonomiczny wszystkich decyzji mających skutki ekonomiczne (dot. zatrudnienia, zakupów itp.),
- organizowanie i prowadzenie kształcenia personelu lekarskiego,
- rozpatrywanie skarg i wniosków,
- uprawnienia do udziału w konkursach na stanowisko pielęgniarki oddziałowej,
- udział w komisjach: ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych, komisja ds. jakości, innych związanych z kontrolą procedur diagnostyczno-leczniczych,
- delegowania odpowiedzialności materialnej na poszczególnych pracownikach,
- monitorowanie i przestrzeganie wykonania umowy z NFZ,
- współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem.

**2. Lekarz kierujący oddziałem jest odpowiedzialny za:**

- powierzone mienie oddziału oraz racjonalne i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie majątku i środków oddziału,
- podjęte decyzje dotyczące procesu diagnostyczno-leczniczego,
- dobór personelu lekarskiego oraz pielęgniarki oddziałowej,
- za bezpieczeństwo pracy podległego personelu i bezpieczeństwo pacjenta,
- za współpracę z podmiotami wewnętrznymi i zewnętrznymi:
  - Konsultant wojewódzki d/s danej specjalizacji,
  - inne placówki służby zdrowia,
  - rodzina pacjenta.

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
LEKARZA SPECJALISTY ODDZIAŁU NIEZABIEGOWEGO  
(ZAKRES CZYNNOŚCI)**

**3. Lekarz specjalista oddziału zapewnia:**

**a. w oddziale nie 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,
- 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 i przestrzeganie wykonania 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 zatruć 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 anesteziologa 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/za udzielanie świadczeń ..... zł. (słownie ..... zł)
  - b. ryczałt kierowniczy ..... zł. (słownie ..... zł.)
  - c. Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w dzień nie będący sobotą, niedzielą i świętem ..... zł./godz. (słownie ..... zł./godz.)
  - d. Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w dzień świąteczny lub dzień będący sobotą, niedzielą i świętem ..... zł. /godz. (słownie ..... zł./godz.),
  - e. Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego na dodatkowe wezwanie w dzień nie będący sobotą, niedzielą i świętem ..... zł./godz. (słownie ..... zł./godz.)
  - f. Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego na dodatkowe wezwanie w dzień świąteczny lub dzień będący sobotą, niedzielą i świętem ..... zł. /godz. (słownie ..... zł./godz.),
  - g. za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na zabezpieczeniu przewozu pacjentów z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy do innych jednostek lub wykonanie świadczeń anestezjologicznych na Sali operacyjnej lub w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy:
    - za pozostawanie w gotowości do udzielania w/w świadczeń w dniach nie będących sobotą, niedzielą i świętem ..... zł. (słownie .....zł),
    - za pozostawanie w gotowości do udzielania w/w świadczeń w dniach będących sobotą, niedzielą i świętem ..... zł. (słownie .....zł);
  - h. za udzielanie świadczeń zdrowotnych w trakcie pozostawania w gotowości polegających na zabezpieczeniu przewozu pacjentów z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy do innych jednostek lub wykonanie świadczeń anestezjologicznych na Sali

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

operacyjnej lub w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy i środka transportu medycznego

- za pierwszą godzinę udzielania w/w świadczeń ..... zł.(słownie .....zł),
- za każdą następną godzinę udzielania w/w świadczeń we wszystkie dni tygodnia ..... zł. (słownie .....zł),

i. pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu echokardiografii w Pracowni Diagnostyki Nieinwazyjnej Układu Krążenia Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy:

- za pozostawanie w gotowości do udzielania w/w świadczeń w dniach będących sobotą, niedzielą i świętem ..... zł.(słownie .....zł),

j. za udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu echokardiografii w czasie pozostawania w gotowości dla pacjentów Oddziału Chirurgii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy:

- za pierwszą godzinę udzielania w/w świadczeń ..... zł.(słownie .....zł),,
- za każdą następną godzinę udzielania w/w świadczeń we wszystkie dni tygodnia ..... 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.

.....  
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) oświadczenie stanowiący załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,
- f) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
- g) podpisany formularz oferty stanowiącego załącznik nr 2,
- h) 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,
- i) oświadczenie o nr konta stanowiącego załącznik nr 4,
- j) 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.



.....  
Imię i nazwisko

## OŚWIADCZENIE

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

.....  
Imię i nazwisko

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, zostałam/em zaszczepiony pełnym cyklem szczepień przeciw WZW typu B.  
Podstawa prawna: ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zabezpieczeniu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008, nr 234 poz. 1570).

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

.....  
Imię i nazwisko

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam certyfikat podpisu PUE-ZUS lub podpis kwalifikowany lub podpis zaufany\*.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

---

\* niepotrzebne skreślić