

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU GASTROENTEROLOGII DZIECIĘCEJ
W PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ
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 – z zakresu gastroenterologii dziecięcej.

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 Pracowni endoskopowej - lekarz specjalista II stopnia w dziedzinie pediatrii oraz gastroenterologii,
 - 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 – księga rejestrowa ze wskazaniem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy jako miejsce udzielania świadczeń,
 - 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,
 - l) oświadczenie o posiadaniu certyfikatu podpisu PUE-ZUS załącznik nr 6,
 - m) 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 22.04.2022 r. do godz. 14.35**
6. Oferta musi być oznaczona: „**Świadczenia zdrowotne z zakresu gastroenterologii dziecięcej. Oferty nie otwierać przed 26.04.2022 r. godz. 9.00.**”, na ofercie musi być umieszczone nazwisko, adres oferenta i numer telefonu.
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 26.04.2022 r. godz. 09:00.**
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).

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.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

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr ... wydane przez ... Izbę Lekarską.
2. Prowadzi indywidualną praktykę lekarską wpisaną do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez ... 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **Przyjmującego zamówienie**
 - w Oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego
 - w Pracowni Endoskopiipacjentom 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.
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 **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 wynikających z obowiązującej ustawy o ochronie 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.pož.
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 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 liczbie godzin miesięcznie) i w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości **za 1 godzinę** (słownie: złotych)
 - b) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji lekarskich za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości ... **zł** (słownie ...złoty) za 1 konsultację,
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** w razie niemożności osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może za zgodą **Udzielającego zamówienia** powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy.
4. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być lekarz legitymujący się kwalifikacjami fachowymi do udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej równymi **Przyjmującego zamówienie**.
5. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.

6. Odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** i osoby go zastępującej (zastępcy), za czynności tej ostatniej jest solidarna.
7. 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 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) stawkę godzinową, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „a” za efektywnie udzielane świadczenia zdrowotne w danym miesiącu
 - b) stawkę za 1 konsultację, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „b” 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 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) iloczyn ilości udzielonych konsultacji oraz stawki określonej w § 5 pkt. 1 lit. „a”,
 - d) należność ogółem,

- e) **załącznik nr 2** dotyczący potwierdzenia przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem/Kierującego Poradnią/Pracownią wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie** usług.
 - f) 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 ...
 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 Kadr

tel. +48 797 008 526 • tel. 52 32 62 252 • kadry@wsd.org.pl

Załącznik nr 1 do Umowy

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
LEKARZA SPECJALISTY - KONSULTACJE LEKARSKIE
(ZAKRES CZYNNOŚCI)**

a. Lekarz specjalista zobowiązany jest w szczególności:

- przeprowadzanie wywiadów lekarskich pacjenta,
- badania przedmiotowe pacjenta,
- stawianie diagnozy wstępnej,
- zalecenie badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych,
- wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
- ocena 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,
- 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 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. 7³⁰ - 15⁰⁰ specjalistę ds. rehabilitacji społecznej pod nr tel. wewnętrznym 269,
 - w godz. 15⁰⁰ - 7³⁰ 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 Poradni Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego oferuję:

1. Kwotę należności za:

- a. Stawka za 1 godzinę pracy..... zł. (słownie zł.)
- b. wykonanie jednej konsultacji u jednego pacjenta zł. (słownie zł.),

2. Proponuję czas trwania umowy odr. dor.

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,
- 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.

.....
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, 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