

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH DYŻURÓW MEDYCZNYCH
W IZBIE PRZYJĘĆ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA DZIECIĘCEGO 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 ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy,

Umowa na udzielanie świadczeń zawarta zostanie na okres od 01.09.2022 r. do 30.04.2024 r.

I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w projekcie umowy, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej specyfikacji.

II. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą usługodawcy, którzy spełniają następujące warunki:
 - a) W zakresie lekarza dyżurnego Izby Przyjęć – lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii, lekarz pediatra
2. Udzielanie świadczeń na podstawie wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 1.
3. 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.

III. 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. 14:30.**
6. Oferta musi być oznaczona: „**Świadczenia zdrowotne w ramach dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć. 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. 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.

IV. 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 dentystry ,
 - 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 przez **Przyjmującego zamówienie**
 - w formie dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczypacjentom 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.
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.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.

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 w formie dyżurów medycznych w dni robocze za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości ... zł za godzinę dyżuru (słownie ... złotych),
 - b) 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. „a” i „b” w zależności od potrzeb **Udzielającego zamówienia**.

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

Prawa Przyjmującego zamówienie **§ 6**

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

Obowiązki Udzielającego zamówienia **§ 7**

Udzielający zamówienia zobowiązuje się:

1. Udostępnić **Przyjmującemu zamówienie**, w celu wykonania 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) wynagrodzenie za udzielone świadczenia określone w § 5 pkt 1 lit. „a” i „b”,
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 w ramach dyżuru tj. iloczyn ilości wypracowanych godzin oraz stawki określonej § 5 pkt 1 lit. „a”, „b”,
 - 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
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
W ZAKRESIE LEKARZA DYŻURNego IZBY PRZYJĘĆ
(ZAKRES CZYNNOŚCI)**

1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć szpitala jest zobowiązany:
 - kończyć dyżur o godzinie 7.30 na raporcie dyżurnym u Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa
 - dyżur w dzień roboczy trwa 5 godz. 30 min. lub 16 godz. 30 min.
 - dyżur w niedzielę, dzień świąteczny lub dzień wolny od pracy trwa 10 godz. lub 24 godz.
 - zakończyć dyżur po rozpoczęciu pracy lekarskiej w Izbie Przyjęć, a w dniu ustawowo wolnym od pracy – po zgłoszeniu się następcy, któremu Lekarz dyżurny Izby Przyjęć powinien przekazać informację z odbytego dyżuru,
 - przebywać w szpitalu przez cały czas trwania dyżuru, powiadamiać Pielęgniarkę Izby Przyjęć o miejscu pobytu na terenie szpitala,
 - dokładnie zbadać każdego chorego zgłaszającego się do Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i po ustaleniu przy pomocy niezbędnych środków rozpoznania włączyć racjonalne leczenie,
 - prowadzić zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej postępowanie lecznicze u chorych zgłaszających się do Izby Przyjęć,
 - prowadzić postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne pacjenta zgodnie ze standardami leczenia obowiązującymi w Izbie Przyjęć,
 - 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 Koordynatora ZLD, lekarza specjalistę w danej dziedzinie specjalizacji lub wezwać go na konsultację,
 - jeśli wystąpi stan zagrożenia życia pacjenta w Izbie Przyjęć 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 Izbie Przyjęć,
 - udokumentować w dokumentacji medycznej okoliczności, czas zgonu jak i jego potwierdzenie po dwóch godzinach,
 - przez Pielęgniarkę Izby Przyjęć powiadomić rodzinę zmarłego pacjenta,
 - nadzorować pracę średniego i niższego personelu w Izbie Przyjęć, 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,

- 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. 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 ramach dyżurów medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym oferuję:

1. Kwotę należności:

A. za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć:

..... zł. za godzinę dyżuru medycznego w dniach nie będących sobotą, niedzielą i świętem,

..... zł. za godzinę dyżuru medycznego w dniach będących sobotą, niedzielą i świętem.

2. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.

3. Proponuję czas trwania umowy odr. dor.

.....
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 stanowiące 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:
 - oświadczenie o spełnieniu warunku, o którym mowa w pkt. II.3,
 - 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