

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W
ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W WOJEWÓDZKIM SZPITALU DZIECIĘCYM IM. J. BUDZIŃSKIEGO 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 POZ w zakresie:

1. Ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.
2. Wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.
3. Ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w miejscu udzielania świadczeń na terenie Szpitala.

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

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) Udzielanie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej (lekarze interniści lub medycyny rodzinnej) adekwatnie do aktualnego stanu zapotrzebowania, w odniesieniu do zachorowalności pacjentów – lekarze i pielęgniarki posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu;
 - b) Udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w tym:
 - Lekarz koordynator,
 - Minimum dwa zespoły wyjazdowe,
 - Pielęgniarka środowiskowa, w liczbie adekwatnej do aktualnego zapotrzebowania na zabiegi w domu pacjenta,
 - Karetki – ambulanse wyjazdowe + przewozy do szpitala,
 - Leki, środki opatrunkowe,
 - System informatyczny, system recordingu, telefony, druki medyczne,
 - Pełna sprawozdawczość elektroniczna oraz papierowa
 - c) Udzielanie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w miejscu udzielania świadczeń na terenie Szpitala – lekarze posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu.
 - d) Udzielanie świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w miejscu udzielania świadczeń na terenie Szpitala – pielęgniarki posiadające aktualne prawo wykonywania zawodu.
 - e) 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, OIPiP
 - 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 i pielęgniarki,

- g) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
- h) podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
- i) oświadczenie o udzielaniu/nie udzielaniu świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowiące załącznik nr 3,
- j) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
- k) oświadczenie o posiadaniu konta użytkownika PUE-ZUS załącznik nr 6
- l) 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 zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Oferty nie otwierać przed 26.04.2022 r. godz. 9.00.**”, na kopercie 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 26.04.2019r. 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.

IV. KRYTERIA WYBORU OFERTY

1. Kwota należności za realizację zamówienia.

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw 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).

V. 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. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz pozostawanie w gotowości do udzielania tych świadczeń. **Przyjmujący zamówienie** wykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, które w szczególności polegają na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami w komórkach organizacyjnych, o których mowa w pkt 2.
2. Miejscem udzielania w/w świadczeń opieki zdrowotnej są:
 - a) wchodząca w strukturę WSD Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - b) siedziba lub inne miejsce spełniające warunki udzielania świadczeń wskazane przez **Przyjmującego zamówienie**;
 - c) miejsce zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, przy czym miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego jest

§2

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że inne zawarte przez niego umowy lub umowy zawarte przez lekarzy udzielających świadczeń w imieniu **Przyjmującego zamówienie** nie utrudnią udzielania świadczeń zdrowotnych, jak również nie obniżą jakości udzielonych świadczeń objętych niniejszą umową.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

§3

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. **Przyjmujący zamówienie** ma obowiązek przedstawienia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy.
3. **Przyjmujący zamówienie** jest zobowiązany do:

- a) zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 ust. 1, również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV. Minimalna kwota ubezpieczenia w zakresie udzielonego zamówienia musi być zgodna 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),
- b) dostarczenia kopii polisy jako załącznika do niniejszej umowy,
- c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.

§4

Świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy w imieniu **Przyjmującego zamówienie** udzielać będą osoby, które świadczą usługi na rzecz innych podmiotów w ramach prowadzonej działalności i wymienione w **załączniku nr 1** stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

§5

Osobą upoważnioną w imieniu **Udzielającego zamówienia** do kontaktów z **Przyjmującym zamówienie** jest Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub inna upoważniona przez niego osoba.

§6

1. Świadczenia objęte umową będą udzielane:
 - a) w formie dyżuru stacjonarnego i wyjazdowego:
 - od poniedziałku do piątku w godz. od 18:00 do 08:00 dnia następnego.
 - w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godz. od 08:00 do 08:00 dnia następnego.

§7

Harmonogram dyżurów ustala koordynator po akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§8

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że gabinety lekarskie, gabinety zabiegowe i pomieszczenia przeznaczone do wyczekiwania dla zespołów wyjazdowych spełniają warunki sanitarno-epidemiologiczne stawiane podmiotom wykonującym działalność leczniczą w tym zakresie.

§9

Spory kompetencyjne wynikłe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych pomiędzy **Przyjmującym zamówienie**, a innymi osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych będą rozstrzygane przez przedstawicieli obu stron przy udziale Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

OBYWIAŹKI I PRAWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

§10

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń,
2. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w miejscu:
 - a) wchodzącej w strukturę WSD Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - b) siedzibie lub innym miejscu udzielania świadczeń spełniającym warunki udzielania świadczeń wskazanym przez **Przyjmującego zamówienie**;
 - c) miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

§ 11

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się zapewnić **Przyjmującemu zamówienie** swobodny dostęp do pełnej dokumentacji pacjentów, będącej własnością WSD.

2. **Przyjmujący zamówienie** zastrzega sobie prawo do sporządzenia kopii dokumentów takich jak: karty konsultacyjne, raporty z dyżurów oraz innych dokumentów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Udostępnianie i przechowywanie kopii w/w dokumentów odbywa się na zasadach ogólnych obowiązujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.
3. Sporządzanie kopii dokumentów na potrzeby **Przyjmującego zamówienie** odbywać się będzie na jego koszt.

§12

Realizując świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do:

1. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności oraz wykorzystywaniu swoich kwalifikacji zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków niezbędnych do udzielania określonego świadczenia zdrowotnego zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa,
2. dokładnego, starannego i systematycznego sporządzania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
3. prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
4. posiadania i przedłożenia **Udzielającemu zamówienia** aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do udzielania świadczeń objętych umową,
5. znajomości i przestrzegania:
 - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
 - b) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
 - c) statutu i regulaminów oraz zarządzeń obowiązujących u **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,
6. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych,
7. przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych,
8. przestrzegania przepisów BHP i PPOŻ obowiązujących w WSD oraz posiadania i przedłożenia aktualnego zaświadczenia o szkoleniach z tego zakresu
9. dbania o mienie WSD ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego przy realizacji niniejszej umowy,
10. 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) 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,
11. poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy **Udzielającego zamówienia** z NFZ, na zasadach określonych w ustawie,
12. współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem **Udzielającego zamówienia**,
13. zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową,
14. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm,
15. **Przyjmujący zamówienie** pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należyłym stanie.
16. współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem **Udzielającego zamówienia**.

OBOWIĄZKI I PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

§13

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do:

- a) terminowej wypłaty należności za udzielone świadczenia zdrowotne, oraz w ramach ambulatoryjnej opieki POZN dla dzieci w miejscu udzielania świadczeń na terenie WSD,
- b) zapewnienia nieodpłatnego korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, środków farmaceutycznych, materiałów medycznych i artykułów sanitarnych w zakresie niezbędnych do prawidłowej realizacji niniejszej umowy,
- c) zapewnienia nieodpłatnego ciągłego wykonywania badań diagnostycznych niezbędnych w obowiązujących procedurach medycznych,
- d) zapewnienia nieodpłatnie druków związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej i statystyki,
- e) zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi wymogami dla pomieszczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- f) zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń socjalnych WSD, nieodpłatnego konserwowania i naprawy sprzętu i aparatury medycznej oraz utrzymywania go w odpowiednim stanie technicznym,
- g) utrzymania w odpowiednim stanie sanitarnym pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, pomieszczeń socjalnych oraz zapewnienia odpowiedniego stanu sanitarnego sprzętu i środków medycznych.

ZASADY USTALANIA I TERMINY ZAPŁATY ZA UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

§14

1. Za świadczone usługi **Przyjmujący Zamówienie** będzie otrzymywał należność w wysokości:
 - a) ...zł (słownie: ...zł) zwane ryczałtem,
 - b) udzielanie świadczeń przez drugiego lekarza adekwatnie do aktualnego zapotrzebowania w odniesieniu do zachorowalności pacjentów w wysokości ... zł. (słownie: ...zł) za 1 godzinę pracy w dzień roboczy,
 - c) udzielanie świadczeń przez drugiego lekarza adekwatnie do aktualnego zapotrzebowania w odniesieniu do zachorowalności pacjentów w wysokości ... zł. (słownie: ...zł) za 1 godzinę pracy w dzień roboczy ...zł. (słownie: ...zł) za 1 godzinę pracy soboty, niedziele i święta.
2. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
3. **Przyjmujący zamówienie** wystawia rachunek/fakturę, który należy doręczyć do Sekcji Finansowo-Księgowej WSD nie wcześniej niż 1-wszego i nie później niż 5-tego dnia po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego. Prawidłowo wystawiony rachunek/faktura po zatwierdzeniu przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa jest podstawą do wypłaty wynagrodzenia w terminie 21 dni od dnia doręczenia rachunku/faktury przelewem na konto Przyjmującego zamówienie o numerze W
4. Nieprawidłowo wystawiony rachunek/fakturę **Udzielający zamówienia** zwraca **Przyjmującemu zamówienie** w terminie 2 dni od dnia jego doręczenia.
5. Niezachowanie terminu złożenia rachunku/faktury oraz korekty rachunku/faktury za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej powoduje przedłużenie terminu zapłaty, o którym jest mowa ust. 3, do 30 dni za wyjątkiem, gdy przyczyną nie złożenia w terminie rachunku/faktury lub korekty rachunku/faktury jest zawieszenie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej lub nagły przypadek losowy.
6. **Przyjmujący zamówienie** osobiście rozlicza się z tytułu podatków związanych z uzyskiwanymi z niniejszej umowy dochodami oraz z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. W przypadku nie zachowania terminów wypłaty określonych w niniejszej umowie **Przyjmujący zamówienie** może obciążyć **Udzielającego zamówienia** odsetkami ustawowymi.
8. Strony ustalają negocjacje warunków płacowych w trakcie obowiązywania umowy, w związku ze zmianą ryczałtu po zawarciu umowy lub aneksowaniu umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

TERMIN OBOWIĄZYWANIA, ZMIANA I ROZWIĄZANIE UMOWY

§15

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony odr. dor.
2. Umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:
 - a) za pisemnym porozumieniem stron umowy w uzgodnionym terminie,
 - b) za uprzednim 1-miesięcznym wypowiedzeniem w przypadku:
 - wypowiedzenia umowy przez NFZ,
 - ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
 - nie przekazywania wymaganych sprawozdań, informacji, rozliczeń,
 - uzasadnionych skarg pacjentów, gdy wynikają one z rażącego naruszenia przepisów;
 - c) na piśmie ze skutkiem natychmiastowym z powodu:
 - rażącego naruszenia obowiązujących w WSD przepisów,
 - nie doręczenia przez **Przyjmującego zamówienie** w ciągu 14 dni od podpisania niniejszej umowy kopii polisy ubezpieczenia OC lub nie dostarczenia kopii nowej polisy tego ubezpieczenia w przypadku upływu terminu obowiązywania poprzedniej polisy.

KONTROLA

§16

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się poddać kontroli ze strony **Udzielającego zamówienia**, osób przez niego upoważnionych 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) przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń **Udzielającego zamówienia**.
2. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z NFZ.

§17

1. W przypadku nie przestrzegania zakresu czynności przez osobę udzielającą świadczeń w imieniu **Przyjmującego zamówienie** (zaniechanie, niedbalstwo, wina umyślna itp.), **Udzielający zamówienie** może wymierzyć karę umowną w wysokości do 20 % wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc przysługującego tej osobie.
2. W przypadku ponownego, rażącego naruszenia obowiązków wynikających z zakresu czynności, **Udzielający zamówienie** ma prawo wymierzyć karę umowną w wysokości do 50% wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc przysługującego tej osobie, która udzielając świadczeń w imieniu **Przyjmującego zamówienie** dopuściła się ponownego naruszenia obowiązków.
3. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w pierwszym terminie płatności.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODĘ

§18

Udzielający zamówienia i realizujący świadczenia zdrowotne w imieniu **Przyjmującego zamówienie** lekarze i pielęgniarki wymienieni w § 4 ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§19

Przyjmującego zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich opiekunów z tytułu udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w obiektach **Udzielającego zamówienia**, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§20

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§21

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy powołane na wstępie umowy.

§22

Spory wynikające z niniejszej umowy Strony będą rozstrzygały w drodze negocjacji, a w braku porozumienia spory rozstrzyga właściwy miejscowo sąd.

§22

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

**LISTA LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W IMIENIU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

.....
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 POZ w zakresie:

1. Ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.
2. Wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.
3. Ambulatoryjnej, stacjonarnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w miejscu udzielania świadczeń na terenie Szpitala oferuję:

1. Kwotę należności:

- a. Ryczałt zł. (słownie zł.)
- b. Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w dzień nie będący sobotą, niedzielą i świętem zł./godz. (słownie zł./godz.) dla drugiego lekarza adekwatnie do aktualnego zapotrzebowania w odniesieniu do zachorowalności pacjentów,
- c. Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w dzień świąteczny lub dzień będący sobotą, niedzielą i świętem zł./godz. (słownie zł./godz.) dla drugiego lekarza adekwatnie do aktualnego zapotrzebowania w odniesieniu do zachorowalności pacjentów.

2. Zapoznałem/łam się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz posiadam wszystkie niezbędne informacje i środki do przygotowania oferty,

3. Uważam się za związanego/ą ofertą w czasie 30 dni od daty upływu terminu do składania ofert,

4. Akceptuję załączony projekt umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej bezwarunkowego podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

5. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.

6. 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, pielęgniarki,
- 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