

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU PIELĘGNIARSTWA  
NA BLOKU OPERACYJNYM 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 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej na bloku operacyjnym.

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

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

### **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 pielęgniarki bloku operacyjnego WSD: pielęgniarki, pielęgniarki specjalistki z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego lub kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa operacyjnego lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa operacyjnego,
  - 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 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) kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
  - f) kserokopię zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze pielęgniarki,
  - 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) 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 30.08.2022r. do godz. 9.00.**
6. Oferta musi być oznaczona: „**Świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa na bloku operacyjnym. Oferty nie otwierać przed 30.08.2022 r. godz. 9.30**”, 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 30.08.2022r. godz. 9.30.**  
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**

Do niniejszej umowy mają zastosowanie następujące przepisy prawne:

1. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
2. ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
3. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
4. Statut Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy,
5. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
6. rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
7. inne przepisy obowiązujące w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

**§ 2**

**Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że:

1. Posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki ... wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ....
2. Prowadzi indywidualną praktykę pielęgniarską wpisaną do Rejestru Pielęgniarek i Położnych, prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ... pod nr ....
3. Posiada umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową

**§ 3**

1. Przedmiotem umowy jest ustalenie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych przez **Przyjmującego zamówienie** w zakresie pielęgniarstwa na bloku operacyjnym na rzecz **Udzielającego zamówienia**.
2. Niniejsza umowa reguluje prawa i obowiązki stron, została zawarta w oparciu o protokół Komisji Konkursowej z dnia ... r.

**Obowiązki Przyjmującego zamówienie**

**§ 4**

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do:

1. Wykonywania z należytą starannością obowiązków pielęgniarki Bloku operacyjnego w zakresie określonym w niniejszej umowie i zgodnie z warunkami ustalonymi w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy, w szczególności do:
  - a) osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy na zasadach wymienionych w § 6, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, z zachowaniem w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu,
  - b) przestrzegania zasad wynikających z Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP,
  - c) udzielania świadczeń pielęgniarskich w innych oddziałach, przychodniach **Udzielającego zamówienia**,
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 zamówienia**,
  - d) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez **Udzielającego zamówienia**,
  - e) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia
  - f) aktów prawnych obowiązujących w ochronie danych osobowych.
3. Przebywania w godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń na terenie Szpitala, a po odrębnym uzgodnieniu z **Udzielającym zamówienia** lub osobą przez niego upoważnioną do pozostawania w dyspozycji całą dobę.
4. Niezwłocznego tj. przed godzinami rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych informowania Pielęgniarki Oddziałowej o przyczynie i okresie nieobecności.
5. Dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej z realizacji zadań w terminach i według wzorów obowiązujących podmioty wykonujące działalność leczniczą.
6. Dbania o mienie **Udzielającego zamówienia**, z którego **Przyjmujący zamówienie** korzysta celem realizacji niniejszej umowy.
7. Prawidłowego, zgodnego z instrukcją obsługi użytkownika sprzętu i aparatury medycznej używanych przez niego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
8. 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.
9. Zawarcia się na własny koszt umowy odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielonego zamówienia zgodnie z przepisami, o których mowa w § 1 pkt 5 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) 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.
11. Zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową.
12. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych.
13. 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.

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 należytym stanie.
16. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych.
17. Prowadzenia szkoleń podyplomowych i specjalizacyjnych pielęgniarek.
18. 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 świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w okresie obowiązywania nin. umowy.

### **Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie**

#### **§ 5**

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. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną, przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie **Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie**.
5. Naruszenie obowiązków określonych w § 4 pkt 13 powoduje odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** za wyrządzone szkody **Udzielającemu zamówienia** wg zasad określonych w kodeksie cywilnym.

### **Czas i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych**

#### **§ 6**

1. **Przyjmujący zamówienie** udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem sporządzonym przez kierownika bloku operacyjnego w uzgodnieniu z Naczelną Pielęgniarką.
2. Harmonogram, o którym mowa w pkt 1, obejmuje dni robocze, niedziele i święta. Harmonogram sporządza **Udzielający zamówienia** i przedstawia go **Przyjmującemu zamówienie** nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca kalendarzowego.
3. Liczba godzin do wypracowania w danym miesiącu nie może być mniejsza niż ... wliczając w to dyżury w niedzielę i święta.
4. **Przyjmujący zamówienie** w razie niemożności osobistego udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może, za zgodą **Udzielającego zamówienia**, powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy lub zastępcom.
5. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być pielęgniarka legitymująca 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 pielęgniarkę zastępującą **Przyjmującemu zamówienie** nie przysługuje wynagrodzenie.

### **Prawa Przyjmującego zamówienie**

#### **§ 7**

1. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do zwolnienia z udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu każdego roku licząc od dnia zawarcia umowy w liczbie do 30 dni kalendarzowych w roku. Za okres ten nie przysługuje wynagrodzenie.

2. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do płatnego zwolnienia z udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu każdego roku licząc od dnia zawarcia umowy w liczbie do 10 dni roboczych w roku na szkolenie.
3. **Przyjmujący zamówienie** może otrzymać zwolnienie z udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie dłuższym niż wymieniony w pkt 2 jeżeli leży to w interesie **Udzielającego zamówienia**.
4. W czasie wykorzystywania zwolnienia określonego w pkt 3 **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie według stawki godzinowej płatnego zwolnienia celem szkolenia.
5. O zamiarze wykorzystania prawa do płatnego zwolnienia **Przyjmujący zamówienie** powiadamia wcześniej pisemnie pielęgniarkę oddziałową oraz Naczelną Pielęgniarkę.
6. Nie wykorzystanie w ciągu roku zwolnienia nie uprawnia do wypłacenia ekwiwalentu pieniężnego za te dni, nie daje prawa do przeniesienia na rok następny.
7. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.
8. **Przyjmujący zamówienie** w przypadkach uzasadnionych wątpliwości ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia.
9. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do korzystania z aparatury i sprzętu medycznego, sprzętu jednorazowego użytku, leków i materiałów sanitarnych (opatrunkowych) oraz bazy lokalowej **Udzielającego zamówienia** i nie ponosi z tego tytułu dodatkowych kosztów.
10. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt 9 może odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

### **Obowiązki Udzielającego zamówienia**

#### **§ 8**

**Udzielający zamówienia** zobowiązuje się:

1. Udostępnić **Przyjmującemu zamówienie**, w celu wykonania nin. 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 nin. paragrafu, 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 pkt 1 będącym następstwem ich prawidłowego używania.
3. Przyznać **Przyjmującemu zamówienie** za udzielanie świadczeń zdrowotnych wynagrodzenie określone w § 9.

### **Zasady wynagradzania**

#### **§ 9**

1. Strony ustalają wynagrodzenie za świadczenia objęte niniejszą umową w wysokości zł za godzinę świadczeń:
 

a) za godzinę udzielania świadczeń	... zł.
b) za godzinę płatnego zwolnienia celem szkolenia	... zł.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt 1, wyczerpuje całość zobowiązań finansowych **Udzielającego zamówienia** za udzielone przez **Przyjmującego zamówienie** świadczenia zdrowotne.

#### **§ 10**

1. **Przyjmujący zamówienie** składa **Udzielającemu zamówienia** rachunek/ fakturę za udzielone 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,
  - c) iloczyn ilości wypracowanych godzin oraz stawki określonej w § 9 pkt. 1 lit. „a”,
  - d) wartość płatnego zwolnienia od udzielania świadczeń zdrowotnych
  - e) należność ogółem,
  - f) **załącznik nr 2** będący potwierdzeniem przez Kierownika bloku operacyjnego udzielonych przez **Przyjmującego zamówienie** świadczeń.
  - g) nr rachunku bankowego w formacie CC AAAA AAAA BBBB BBBB BBBB BBBB

3. **Udzielający zamówienia** wypłaci należność w ciągu 10 dni od złożenia rachunku 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.
6. Strony ustalają renegotiacje warunków płacowych jeden raz w roku w trakcie obowiązywania umowy, nie wcześniej niż po zawarciu umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na kolejny rok działalności.

#### **Okres obowiązywania umowy**

##### **§ 11**

Umowę zawarto na czas określony od dnia ...r. do ...r.

#### **Tryb i zasady rozwiązywania umowy**

##### **§ 12**

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 § 4 pkt 2 umowy,
  - d) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 4 pkt 10 umowy,
  - e) **Przyjmujący zamówienie** nie udokumentuje w ciągu 30 dni od daty podpisania umowy zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa § 1 pkt 5 niniejszej umowy,
  - 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 świadczenie 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 § 4 pkt 14.
2. Każda ze stron ma prawo rozwiązać niniejszą umowę za 2 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 Narodowy Fundusz Zdrowia kolejnej umowy,
  - c) śmierci **Przyjmującego zamówienie**.

#### **Kary umowne**

##### **§ 13**

1. W przypadku nie przestrzegania zakresu czynności przez **Przyjmującego zamówienie** (zaniechanie, niedbalstwo, wina umyślna itp.), **Udzielający zamówienia** może wymierzyć karę umowną w wysokości do 20 % wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc.
2. W przypadku ponownego rażącego naruszenia obowiązków wynikających z zakresu czynności pielęgniarki, **Udzielający zamówienia** ma prawo wymierzyć karę w wysokości do 50% wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc.

3. W przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku, o którym mowa w § 4 pkt 2 umowy, zapłaci on **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 4 % wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc, za każdy przypadek naruszenia.
4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dostarczenia dokumentów wymienionych w § 4 pkt 14 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 % wynagrodzenia, określonego w § 5 pkt 1 lit. „a” umowy za każdy dzień zwłoki w ich dostarczeniu.
5. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za udzielone świadczenia zdrowotne w pierwszym terminie płatności.

### **Postanowienia końcowe**

#### **§ 14**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### **§ 15**

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

#### **§ 16**

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.

#### **§ 17**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla **Przyjmującego zamówienie** i dwa egzemplarze dla **Udzielającego zamówienia**.

.....  
Przyjmujący zamówienie

.....  
Udzielający zamówienia



## WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA NA BLOKU OPERACYJNYM:

### 1. Do zadań pielęgniarki należy w szczególności:

- Świadczenie usług na optymalnym poziomie wg obowiązujących standardów i procedur.
- Realizowanie zaleceń lekarskich.
- Asystowanie przy badaniu pacjentów.
- Uczestnictwo w raportach pielęgniarskich.
- Zapewnienie środków i sprzętu do realizacji zadań bloku operacyjnego.
- Przygotowanie pacjentów do zabiegów zgodnie z procedurą.
- Instrumentowanie do zabiegów.
- Edukacja zdrowotna pacjentów i rodzin.
- Przestrzeganie praw pacjenta i etyki pielęgniarskiej.
- Zgłaszanie propozycji pielęgnacyjnych dotyczących poprawy jakości opieki i organizacji pracy.
- Systematyczne samokształcenie.
- Przestrzeganie regulaminów obowiązujących w jednostce.
- Przestrzeganie Kodeksu etyki zawodowej.
- Aktywne uczestnictwo w adaptacji nowozatrudnionych pracowników.
- Szkolenie pielęgniarek.
- Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej prowadzenie według procedur obowiązujących w Szpitalu – zawartych w ISO w systemie papierowym i informatycznym.
- 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,
- Współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem.

.....  
data, podpis

**Załącznik nr 2 do umowy**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
m-c rok

Dzień miesiąca	Liczba godzin pracy	Zwolnienie płatne	Nieobecność bezpłatna
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 Pielęgniarki Oddziałowej

.....  
Podpis Pielęgniarki Naczelnej

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

.....  
Nazwa oferenta

.....  
adres oferenta

.....  
telefon oferenta

**Wojewódzki Szpital Dziecięcy**

im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy  
ul. Chodkiewicza 44  
85-667 Bydgoszcz

### Oferta

Nawiązując do ogłoszenia w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w .....

w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym oferuję:

1. Liczba godzin do wypracowania w miesiącu: nie mniej niż ..... nie więcej niż .....

2. Kwotę należności:

a. Stawka za 1 godzinę pracy..... zł. (słownie ..... zł.)

b. Stawka za 1 godzinę płatnego zwolnienia celem szkolenia ..... zł. (słownie ..... zł.)

4. 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, specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne itp.)
- b) kserokopię prawa wykonywania zawodu
- c) aktualny odpis z właściwego rejestru w 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 pielęgniarki,
- 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) 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.

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

.....  
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

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

.....  
Imię i nazwisko

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż mój nr rachunku bankowego, na który należy dokonywać wpłat z tytułu umowy cywilno – prawnej to:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

w banku .....

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

.....  
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