

**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 11.10.2022r. 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 10.10.2022r. do godz. 9.00.**
6. Oferta musi być oznaczona: „**Świadczenia zdrowotne z zakresu pielęgniarstwa na bloku operacyjnym. Oferty nie otwierać przed 10.10.2022 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 10.10.2022r. 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



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 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

.....
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 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, 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 z 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