



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

tel. 52 32 62 100 • faks 52 32 62 101

www.wsd.org.pl

Bydgoszcz, dnia 12.12.2023 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy **ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023 poz. 991 z późn. zm.)** oraz **ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)**

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 33 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w:

- Oddziale Pediatrii i Kardiologii,
- Oddziale Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii,
- Oddziale Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii,
- Oddziale Patologii Noworodka,
- Oddziale Pediatrii, Pneumonologii i Alergologii,
- Oddziale Neurologii Dziecięcej

w ramach dyżurów medycznych w zakresie pediatrii – w wymiarze 16,5 godzin w dni robocze oraz 24 godz. w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalone przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami).

Kod CPV: 85111200-2 - medyczne usługi szpitalne, 85112200-9 - usługi leczenia ambulatoryjnego.

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE:

1. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, Oferent powinien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Postępowanie konkursowe przeprowadzone jest zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.), ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.), Regulaminem Przeprowadzania Konkursów Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz Zarządzeniem Dyrektora WSD nr 93/2023.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert w całości lub części oraz przedłużenia, przesunięcia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania w danej specjalności danego oddziału gdy kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo negocjacji ilości godzin zaproponowanych w ofercie.

II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **pediatrii** na rzecz pacjentów **Oddziałów - dyżury Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy**. Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dyżury medyczne w dni robocze – 16,5 godz., dyżury w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez

Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami) – 24 godz. zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

2. Zakres wykonywanych zadań w ramach przedmiotu zamówienia polega na samodzielnym realizowaniu świadczeń lekarskich w szczególności:
 - a) postępowanie diagnostyczno-lecznicze u pacjentów Oddziału Pediatrii i Kardiologii, Poradni Kardiologicznej oraz w pozostałych jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia,
 - b) pracę w podstawowej ordynacji,
 - c) pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziałach,
 - d) wykonywanie procedur medycznych, orzecznictwo,
 - e) udzielanie konsultacji w innych komórkach organizacyjnych Szpitala,

Inne obowiązki Przyjmującego Zamówienie obejmują:

1. wykonywanie świadczeń medycznych określonych w umowie zgodnie z wiedzą medyczną, Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz obowiązującymi przepisami;
2. udzielanie świadczeń medycznych w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki;
3. wykonywanie wszelkich niezbędnych badań diagnostycznych i innych czynności zgodnie z procedurami obowiązującymi w reprezentowanej specjalizacji;
4. nadzór nad udzielającymi świadczeń zdrowotnych lekarzami w trakcie specjalizacji;
5. znajomość i przestrzeganie praw pacjenta;
6. znajomość i przestrzeganie przepisów Udzielającego Zamówienie wynikających z realizacji Programu Akredytacji CMJ oraz norm ISO;
7. znajomość i przestrzeganie regulaminów porządkowych Udzielającego Zamówienie;
8. systematyczne prowadzenie dokumentacji pacjentów zgodnie ze standardami prowadzenia dokumentacji obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie oraz w oparciu o obowiązujące przepisy (Rozporządzenia MZ, zarządzenia Prezesa NFZ).

III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Miejscem udzielania świadczeń są n/w oddziały szpitalne i poradnie w lokalizacji przy ul. Chodkiewicza 44 w Bydgoszczy:

- **Oddziały WSD - dyżury medyczne**

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

1. Ofertę składa Oferent posiadający odpowiednie kwalifikacje:
 - **Specjalizacja w dziedzinie pediatrii**
 - **W trakcie specjalizacja w dziedzinie pediatrii**dysponujący uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego.
2. Oferta złożona przez Oferenta powinna być kompletna, złożona zgodnie z wymogami opisanymi w SWKO na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienie oraz zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty opisane w SWKO w treści formularza ofertowego. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

V. TERMIN WYKONANIA UMOWY

Umowa będzie obowiązywać od 01.01.2024r. do 31.12.2024r.

VI. WYMAGANE DOKUMENTY I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymogami określonymi w SWKO na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienia.
2. Formularz ofertowy dostępny jest w Dziale Kadr Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego

im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, budynek C, pokój 3.14, 3.15, 3.16 oraz na stronie internetowej <https://bip.wsd.org.pl> w zakładce „Konkursy ofert”.

3. Ofertę stanowi wypełniony formularz oferty wg udostępnionego wzoru wraz z następującymi załącznikami:
 - a) kserokopią dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje:
 - dyplom, tytuł naukowy,
 - specjalizacja,
 - certyfikaty, dyplomy potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe z ostatnich 2 lat,
 - b) kserokopią dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu,
 - c) aktualnym odpisem z właściwego rejestru w OIL – księga rejestrowa ze wskazaniem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy jako miejsca udzielania świadczeń,
 - d) zaświadczeniem o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony <https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/>),
 - e) kserokopią umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
 - f) kserokopią zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza,
 - g) zaświadczeniem o odbytym szkoleniu BHP,
 - h) oświadczeniem 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 stanowiącym załącznik nr 3,
 - i) oświadczeniem o nr konta bankowego stanowiącym załącznik nr 4,
 - j) oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 5 lub kserokopią zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,
 - k) oświadczeniem o posiadaniu certyfikatu podpisu PUE-ZUS stanowiącym załącznik nr 6,
 - l) w przypadku oferty złożonej przez NZOZ, będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej:
 - aktualnym odpisem z właściwego rejestru,
 - aktualnym odpisem wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - kserokopią statutu lub jego wyciągu określającym zakres wykonywanych zadań w ramach przedmiotu zamówienia,
 - kserokopią umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
 - m) w przypadku gdy Oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – wymagane jest pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, w szczególności do złożenia oferty.
4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.
6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
7. Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez Oferenta.
8. Oferent składający oświadczenie odpowiedzialny jest za prawdziwość oświadczeń. Podanie nieprawdziwych danych może skutkować odrzuceniem oferty.
9. **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.**

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Wypełniony formularz oferty wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu dyżurów w Oddziałach WSD. Oferty nie otwierać przed 20.12.2023 r. godz. 8:00**” i dostarczyć w terminie do dnia 19.12.2023r. do godziny 14:30 do Sekretariatu Szpitala w budynku C, I piętro.

VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

IX. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje Komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy Komisji konkursowej i tryb postępowania określa Regulamin Pracy Komisji Konkursowej.
3. Członkiem Komisji konkursowej nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w Komisji w przypadkach wskazanych w Regulaminie Pracy Komisji Konkursowej.
4. W przypadku stwierdzenia przez Komisję Konkursową braków formalnych w złożonej ofercie, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do ich uzupełnienia.
5. W przypadku odrzucenia oferty z przyczyn formalnych Komisja Konkursowa powiadamia Oferenta oraz podaje przyczyny odrzucenia.

X. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy w Sali wykładowej w budynku C w dniach od 20.12.2023r. do 21.12.2023r. od godz. 8:00.
2. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu
3. Podczas otwierania kopert z ofertami oferenci mogą być obecni oraz mogą składać wyjaśnienia i oświadczenia do protokołu.
4. Komisja konkursowa w części jawnej ogłasza obecnym oferentom, które z ofert będą brały udział w konkursie, a które zostają odrzucone.
5. Odrzuceniu podlega oferta:
 - a) złożona po terminie,
 - b) zawierająca nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli Przyjmujący zamówienie nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
 - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w dokumentach niniejszego postępowania konkursowego.

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po ustaleniu, że Oferent nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 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)

XI. KRYTERIA OCENY OFERT

1. Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami: wysokość wynagrodzenia zaoferowana przez Przyjmującego zamówienie (cena), kwalifikacje, jakość udzielanych świadczeń, kompleksowość, dostępność, ciągłość.
2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów obliczonych w oparciu o ustalone kryteria przedstawione w poniższej tabeli
3. Udzielający zamówienia może dokonać wyboru więcej, niż jednej oferty, do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.

4. Kryteria oceny:

L.p.	Nazwa kryterium	Maksymalna liczba punktów
1	Wysokość wynagrodzenia za realizację zamówienia (cena)	30
2	jakość udzielanych świadczeń (w szczególności doświadczenie zawodowe, pozytywne relacje z pacjentami i ich opiekunami prawnymi)	30
3	kompleksowość	10
4	dostępność	3
5	ciągłość	27

- 1) **Oceniając cenę** Oferent otrzyma maksymalnie **30** punktów. Kryterium finansowe to wartość pkt uzyskana na podstawie poniższego wyliczenia:
 $S = (SN/SX) \times 30$
gdzie:
S - liczba punktów za kryterium finansowe
SN – najniższa proponowana stawka za godzinę spośród ważnych ofert
SX – proponowana przez Oferenta stawka za godzinę
- 2) **Oceniając jakość** Oferent otrzyma:
- **20** punktów jeżeli posiada specjalizację w dziedzinie pediatrii i przedstawi oświadczenie o stażu pracy na rzecz Udzielającego zamówienia
- 3) **Oceniając kompleksowość** Oferent otrzyma:
- **10** punktów jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie Oddziałów
- 4) **Oceniając dostępność** Oferent otrzyma:
- **3** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 40 godzin miesięcznie w oddziale i poradni.
- **2** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 24 godzin miesięcznie w oddziale i poradni.
- 5) **Oceniając ciągłość** Oferent otrzyma:
- **27** pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie oferty na rzecz Udzielającego zamówienia.
- **22** pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty na rzecz Udzielającego zamówienia.

Ocenę końcową oferty stanowi suma punktów poszczególnych kryteriów.

XII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. W toku postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Komisja przyjmuje i rozstrzyga umotywowane protesty, w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Protest podlega rozpoznaniu, jeżeli został złożony przez oferenta na piśmie, w toku danego postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu.
3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
4. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. W razie uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność oraz, w razie potrzeby

inne czynności podjęte w toku postępowania.

7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej BIP oraz na stronie wewnętrznej Szpitala.
8. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.



Załącznik nr 1 do SWKO

**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 ramach dyżurów medycznych. **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 3.
2. Przedmiotem umowy jest pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu echokardiografii w Pracowni Nieinwazyjnej Układu Krążenia Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy oraz pełnienie dyżurów lekarskich w oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. **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 3.
3. Miejscem udzielania w/w świadczeń opieki zdrowotnej są wchodzące w strukturę WSD:
 - a) Oddział ...;
 - b) Oddział ...;
 - c) Oddział ...;

§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 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 udzielać będą **Przyjmujący zamówienie** lub osoby, którymi posługuje się w celu wykonania zamówienia udzielające świadczeń zdrowotnych także na rzecz innych podmiotów niż **Udzielający zamówienia** i zostały wymienione w **załączniku nr 1** stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

§5

Strony ustalają, że nadzór merytoryczny i organizacyjny nad świadczeniami udzielanymi w ramach tej umowy sprawować będzie Ordynator Oddziału/Kierujący Oddziałem, a w razie jego nieobecności Zastępca Ordynatora/Zastępca Kierującego Oddziałem.

§6

Przyjmujący zamówienie wykonuje czynności ustalone z ordynatorami oddziałów, lekarzami dyżurnymi oddziałów i Izby Przyjęć oraz Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa zgodnie z zakresem ich kompetencji.

§7

1. Świadczenia objęte umową będą udzielane:
 - a) w formie dyżuru stacjonarnego:
 - w dni nie będące sobotą, niedzielą i świętem w liczbie 16,5 godz.
 - w dni będące sobotą, niedzielą i świętem w liczbie 24 godz.

§8

Harmonogram dyżurów ustala Ordynator/Kierownik Oddziału po akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§9

Udzielający zamówienia oświadczają, że sale operacyjne, gabinety zabiegowe, sale intensywnej terapii spełniają warunki sanitarno-epidemiologiczne stawiane podmiotom wykonującym działalność leczniczą w tym zakresie.

§10

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

§11

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń,
2. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Oddziale:
 - a) Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii, Pediatrii i Kardiologii, Patologii Noworodka - codziennie jeden lekarz,
 - b) Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii – codziennie jeden lekarz,
 - c) Pediatrii, Pneumonologii i Alergologii - codziennie jeden lekarz,

- d) Pracowni Diagnostyki Nieinwazyjnej Układu Krążenia – codziennie jeden lekarz.
3. prowadzenia szkolenia podyplomowego lekarzy w zakresie objętym programem specjalizacji w zakresie właściwego oddziału,
 4. prowadzenia szkolenia podyplomowego stażystów w zakresie właściwego oddziału.

§ 12

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 znieczulenia, kwestionariusze przedoperacyjne, zgody pacjentów na znieczulenia, 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.

§13

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

2. dokładnego, starannego i systematycznego sporządzania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
3. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej oraz wykorzystywaniu swoich kwalifikacji zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków **Udzielającego zamówienia** niezbędnych do udzielania określonego świadczenia zdrowotnego zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa,
4. prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
5. posiadania i przedłożenia **Udzielającemu zamówienia** aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do udzielania świadczeń objętych umową,
6. przestrzegania przepisów BHP i PPOŻ obowiązujących w WSD oraz uczestniczenia w szkoleniach z tego zakresu,
7. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej, statutu, regulaminów oraz zarządzeń obowiązujących w WSD oraz dbania o mienie WSD ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego przy realizacji niniejszej umowy,
8. poddania się kontroli przeprowadzonej przez **Udzielającego zamówienia**, a po uzyskaniu zgody **Udzielającego zamówienia** poddania się kontroli innych organów i osób,
9. współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem **Udzielającego zamówienia**.

OBOWIĄZKI I PRAWA UDZIELAJACEGO ZAMÓWIENIA

§14

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do:
 - a) terminowej wypłaty należności za udzielone świadczenia zdrowotne,
 - b) zapewnienia nieodpłatnego korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, środków farmaceutycznych, materiałów medycznych i artykułów sanitarnych nieodpłatnie w zakresie niezbędnych do prawidłowej realizacji niniejszej umowy,
 - c) zapewnienia nieodpłatnie odpowiedniej liczby wyszkolonych pielęgniarek, merytorycznie podporządkowanych **Przyjmującemu zamówienie** w czasie realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
 - d) zapewnienia nieodpłatnego ciągłego wykonywania badań diagnostycznych niezbędnych w obowiązujących procedurach medycznych,
 - e) zapewnienia nieodpłatnie druków związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej i statystyki,
 - f) zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi wymogami dla pomieszczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - g) zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń socjalnych WSD,

- h) zapewnienia nieodpłatnie zabiegowej odzieży ochronnej,
 - i) nieodpłatnego konserwowania i naprawy sprzętu i aparatury medycznej oraz utrzymywania go w odpowiednim stanie technicznym,
 - j) zapewnienia nieodpłatnie ochrony w zakresie dozymetrii radiologicznej.
2. **Udzielający zamówienia** ponosi odpowiedzialność za stan sanitarny pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, za stan pomieszczeń socjalnych oraz stan sanitarny sprzętu i środków medycznych.

ZASADY USTALANIA I TERMINY ZAPŁATY ZA UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

§15

1. Za świadczone usługi **Przyjmujący Zamówienie** będzie otrzymywał należność w wysokości:
- a. **za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Oddziale Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii, Oddziale Pediatrii i Kardiologii i Oddziale Patologii Noworodka:**
 - .. zł. za godzinę dyżuru medycznego w dni robocze,
 - .. zł. za godzinę dyżuru medyczny w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami);
 - b. **za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Oddziale Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii:**
 - .. zł. za godzinę dyżuru medycznego w dni robocze,
 - .. zł. za godzinę dyżuru medyczny w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami);
 - c. **za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Oddziale Pediatrii, Pneumonologii i Alergologii, Oddziale Neurologii Dzeicęcej:**
 - .. zł. za godzinę dyżuru medycznego w dni robocze,
 - .. zł. za godzinę dyżuru medyczny w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami);
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.

TERMIN OBOWIĄZYWANIA, ZMIANA I ROZWIĄZANIE UMOWY

§16

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 3-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

§17

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.

§18

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

§19

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20

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.

§21

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy powołane na wstępie umowy.
3. Spory wynikające z niniejszej umowy Strony będą rozstrzygały w drodze negocjacji, a w braku porozumienia spory rozstrzyga właściwy miejscowo sąd.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Przyjmujący zamówienie

.....
Udzielający zamówienia



Załącznik nr 1 do Umowy

WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE LEKARZA DYŻURNEGO ODDZIAŁÓW SZPITALA (ZAKRES CZYNNOŚCI)

1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w Oddziałach szpitala jest zobowiązany:

- kończyć dyżur o godzinie 7.30 na raporcie dyżurnym u Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa
 - dyżur w dzień roboczy trwa 16 godz. 30 min.
 - dyżur w niedzielę, dzień świąteczny lub dzień wolny od pracy trwa 24 godz.
- zakończyć dyżur po rozpoczęciu pracy lekarskiej w oddziałach, a w dniu ustawowo wolnym od pracy – po zgłoszeniu się następcy, któremu Lekarz dyżurny oddziałów powinien przekazać informację z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem ciężko chorych,
- zaznajomić się ze stanem chorych leczonych w oddziale,
- przebywać w szpitalu przez cały czas trwania dyżuru, powiadamiać Pielęgniarkę Izby Przyjęć o miejscu pobytu na terenie szpitala,
- dokładnie zbadać każdego chorego w Izbie Przyjęć, w oddziale, zlecić niezbędne badania, wdrożyć odpowiednie leczenie,
- na prośbę Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć lub Lekarza dyżurnego pozostałych oddziałów przeprowadzić konsultacje lub uczestniczyć w konsultacji lekarskiej,
- wykonywać obchody lekarskie w godzinach wieczornych i dodatkowo rano w dni wolne od pracy,
- prowadzić zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej diagnostykę i leczenie pacjentów w Izbie Przyjęć i hospitalizowanych w oddziałach,
- prowadzić postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne przyjętego do oddziału pacjenta zgodnie ze standardami leczenia obowiązującymi w oddziale, ustalonymi przez ordynatora/kierującego oddziałem
- stosować się do wytycznych dotyczących zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- jeśli wystąpi stan zagrożenia życia pacjenta leczonego w oddziale rozpocząć reanimację, wezwać Lekarza anestezjologa oraz zawiadomić Koordynatora ZLD i jeśli tego wymaga stan chorego przenieść go do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej,
- w dni wolne od pracy, w przypadku pacjenta przyjętego do oddziału, dokonywać wpisów w systemie elektronicznym szpitala: uzasadnienie przyjęcia, plan leczenia, obserwacje,
- w przypadku wypisu pacjenta z oddziału i przyjęcia do innego oddziału lekarz ma obowiązek uzupełnić w systemie elektronicznym szpitala wywiad i badanie przedmiotowe.
- 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 oddziale,
- udokumentować w historii choroby okoliczności, czas zgonu jak i jego potwierdzenie po dwóch godzinach,
- powiadomić rodzinę zmarłego pacjenta,
- nadzorować pracę średniego i niższego personelu oddziału, kontrolować wykonanie wydanych zleceń i pielęgnowanie ciężko chorych,
- udawać się niezwłocznie na wezwania personelu pomocniczo-lekarskiego do chorych wymagających interwencji medycznej,
- w sytuacjach szczególnych na polecenie Koordynatora ZLD udzielić świadczeń medycznych chorym leczonym w innych oddziałach,
- po uzgodnieniu z Lekarzem Koordynatorem ZLD zastąpić Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć (konsultacja pacjenta w innej placówce medycznej),
- udzielać informacji o stanie zdrowia rodzicom lub prawnym opiekunom chorych,

- powiadomić policję w przypadku ucieczki pacjenta z oddziału lub innym zdarzeniu o charakterze kryminalnym,
- w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy wobec pacjenta (w środowisku domowym lub innym) niezwłocznie powiadomić Komisariat Śródmieście w Bydgoszczy pod nr tel. 52-588-11-59 a w dni poprzednie dodatkowo w godz. 7³⁰ - 15⁰⁰ specjalistę ds. rehabilitacji społecznej pod nr tel. wewnętrznym 269.

.....
data, podpis

.....
Imię i nazwisko.....
m-c rok

Dzień miesiąca	Ilość godzin przepracowanych		Dyżur w dzień roboczy	Dyżur w dzień świąteczny	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

.....
.....
.....
.....
.....

.....

miejsowość, data

Dane Przyjmującego zamówienie

POROZUMIENIE DOTYCZĄCE BEZPŁATNEJ PRZERWY W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ

(złożenie wniosku powinno nastąpić z wyprzedzeniem 7 dniowym)

Strony uzgodniły, że bezpłatna przerwa w udzielaniu świadczeń w zakresie

.....

nastąpi w dniach od do

.....
Przyjmujący zamówienie (data i podpis)

.....
Udzielający zamówienia (data i podpis)

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług lekarskich:

- w Oddziałach WSD - dyżury
(zaznaczyć właściwe)

I. Dane Oferenta:

- 1) Imię.....
 2) Nazwisko.....
 3) Adres zamieszkania

 4) Tel. Kontaktowy
 5) Adres e-mail

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

- a) Specjalista lub Specjalizacja II stopnia z pediatrii
(zaznaczyć właściwe)

III. Doświadczenie w pracy/ udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową lat na rzecz Udzielającego zamówienia.

IV. Oferta cenowa za wykonywanie:**a) świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów w Oddziały WSD**

- ✓ dyżur w dni robocze (16,5 godz.) – cena bruttozł za 1/h
 ✓ dyżurowej wolne od pracy, niedziele i święta (24 godz.) – cena bruttozł za 1/h

V. Proponowana dostępność miesięcznie na rzecz udzielającego zamówienie:

Liczba godz. pracy: godz./miesięcznie

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres od 01.01.2024r. do 31.12.2024r.

VII. Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z przedmiotem postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
2. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty,
3. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert, kryteriami oceny ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń,
4. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert,
5. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,

7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC),
8. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem,
9. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty,
10. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(czytelny podpis oferenta)

Załączniki:

1. Oferent zobowiązany jest do przedłożenia oferty, która zawiera:
 - 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
 - n) w przypadku gdy Oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – wymagane jest pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, w szczególności do złożenia oferty.

WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH PRZEZ OFERENTA ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (KAŻDA STRONA DOKUMENTU) PRZEZ OFERENTA.

.....
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. z 2023r. poz. 1284 ze zm.).

.....
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