



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 15.03.2024 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 t.j.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r. poz. 146 t.j.)*

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

**ZAKRES 9 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć 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 (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami) – w wymiarze 3440 godzin rocznie.**

**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 t.j.), ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r. poz. 146 t.j.), Regulaminem Przeprowadzania Konkursów Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz Zarządzeniem Dyrektora WSD nr 16/2024.
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 **Izba Przyjęć - 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 Izby Przyjęć oraz w pozostałych jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia,
  - b) wykonywanie procedur medycznych, orzecznictwo,

c) 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**

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

- **Izba Przyjęć - dyżury medyczne**

### **IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW**

1. Ofertę składa Oferent posiadający odpowiednie kwalifikacje:
  - **Specjalizacja w dziedzinie pediatrii**
  - **Specjalizacja w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacja w dziedzinie reumatologii lub chorób płuc dzieci**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 01.04.2024r. 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) 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) zaświadczenie o niekaralności,
  - 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 stanowiące załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,
  - m) oświadczenie o posiadaniu certyfikatu podpisu PUE-ZUS stanowiące załącznik nr 6,
  - n) oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi stanowiące załącznik nr 7,
  - o) oświadczenie o stażu pracy stanowiące załącznik nr 8,
  - p) 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
  - a) 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) I PARAFOWANE 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 pediatrii – dyżury w Izbie Przyjęć. Oferty nie otwierać przed 22.03.2024 r. godz. 11:00**” i dostarczyć w terminie do dnia 22.03.2024r. do godziny 10:00 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 dniu 22.03.2024r. od godz. 11:00.
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 Przepływów 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

- **15** punktów jeżeli posiada rozpoczętą specjalizację w dziedzinie kardiologii dziecięcej 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 Izby Przyjęć w dni robocze, niedziele, święta i dni wolne od pracy

- **7** punktów jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie Izby Przyjęć w dni robocze

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 Izbie Przyjęć.

- **2** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 24 godzin miesięcznie w Izbie Przyjęć.

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 2023 poz. 991 t.j.) 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 ....., prowadzącym działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą .....

**Zwaną/-ym w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”**,

zostaje zawarta umowa o następującej treści:

**Postanowienia ogólne**

**§ 1**

1. Do niniejszej umowy mają zastosowanie następujące przepisy prawa:
  - a) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - b) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry ,
  - c) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - d) Statut Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy,
  - e) rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
  - f) inne przepisy obowiązujące w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej
2. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że:
  - a) Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr .. wydane przez .... Izbę Lekarską.
  - b) Prowadzi indywidualną praktykę lekarską wpisaną do Rejestru Indywidualnych Specjalistycznych Praktyk Lekarskich, prowadzonego przez .... Izbę Lekarską pod nr ....
  - c) Posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**§ 2**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **Przyjmującego zamówienie**
  - w Oddziale ...,
  - w Poradni ...,
  - w formie dyżurów medycznych w Oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczypacjentom Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy na rzecz **Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie** wykonuje czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, które w szczególności polegają na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami.

**Obowiązki Przyjmującego zamówienie**

**§ 3**

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania z należytą starannością obowiązków lekarza specjalisty ... w zakresie określonym w niniejszej umowie i zgodnie z warunkami ustalonymi w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy, w szczególności do:

1. Osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy zgodnie z wymogami wiedzy i umiejętnościami lekarskimi na zasadach określonych w § 5 niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
  - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
  - b) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
  - c) regulaminu organizacyjnego **Udzielającego zamówienie**,
  - d) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez **Udzielającego zamówienie**,
  - e) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
  - f) aktów prawnych obowiązujących w ochronie danych osobowych.
3. Przestrzegania zasad wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej.
4. Udzielania nieodpłatnych konsultacji w innych oddziałach szpitala.
5. Przebywania w godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń na terenie Szpitala, a po odrębnym uzgodnieniu z **Udzielającym zamówienia** lub osobą przez niego upoważnioną pozostawania w dyspozycji całą dobę.
6. Niezwłocznego tj. przed godzinami rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych informowania Ordynatora/Zarządzającego o przyczynie i okresie nieobecności.
7. Znajomości i przestrzegania przepisów prawa obowiązujących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: przepisów bhp, ppoż. i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia**.
8. Dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej według wzorów obowiązujących podmioty wykonujące działalność leczniczą.
9. Dbania o mienie Szpitala udostępnione przez **Udzielającego zamówienia** celem realizacji niniejszej umowy.
10. Prawidłowego, zgodnego z instrukcją obsługi użytkownika sprzętu i aparatury medycznej używanych przez niego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
11. Samodzielnego opłacania i rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie społeczne oraz inne świadczenia (w tym rozliczenia z Urzędem Skarbowym) wynikające z obowiązujących przepisów, które **Przyjmujący zamówienie** pokrywa we własnym zakresie.
12. Zawarcia na własny koszt umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielonego zamówienia zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 3.
13. Poddania się kontroli przeprowadzanej przez **Udzielającego zamówienia** oraz ze strony podmiotu kontrolującego **Udzielającego zamówienia** w szczególności w zakresie:
  - a) zakresu, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - b) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
  - c) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych
  - d) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
  - e) terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych,
  - f) przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń **Udzielającego zamówienia**. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z NFZ.
14. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych.
15. Prowadzenia szkoleń podyplomowych i specjalizacyjnych lekarzy i pielęgniarek.
16. Zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową.
17. Dostarczenia **Udzielającemu zamówienia** oraz aktualizowania wszelkich niezbędnych dokumentów, a w szczególności:
  - a) polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. c),
  - b) orzeczenia lekarskiego o zdolności do świadczenia usług,
  - c) aktualnych zaświadczeń potwierdzających odbycie szkoleń z zakresu bhp i p.pož.
18. Wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm.
19. Pokrywania kosztów utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należytym stanie.
20. Nie podejmowania, **bez zgody Udzielającego zamówienia**, działalności konkurencyjnej polegającej na udzielaniu tożsamych z niniejszą umową świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18



roku życia w innych podmiotach, w których te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w okresie obowiązywania niniejszej umowy.

## **Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie**

### **§ 4**

1. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność solidarnie z **Udzielającym zamówienia**.
2. Za szkody powstałe w mieniu udostępnionym **Przyjmującemu zamówienie**, odpowiada on do pełnej wysokości wyrządzonej szkody, jeżeli powstanie ona w wyniku zaniechania, niedbalstwa, umyślnego uszkodzenia lub zagubienia.
3. **Przyjmujący zamówienie** odpowiada za racjonalne wykorzystanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych sprzętu, aparatury, a także leków, artykułów sanitarnych itp.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu zamówienie karę umowną z tytułu nienależytego wykonania umowy w poniższych przypadkach oraz w wysokości:
  - a) 5 % całkowitego rocznego umownego wynagrodzenia brutto w przypadku powtarzających się rażących błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej, stwierdzonych w wyniku kontroli prowadzonej przez Udzielającego zamówienie, jak również przez NFZ;
  - b) 5 % całkowitego miesięcznego umownego wynagrodzenia brutto za nieprzestrzeganie ustalonego harmonogramu świadczenia usług.
5. W przypadku niedopełnienia obowiązku dostarczenia dokumentów wymienionych w § 3 pkt 17 lub utraty ich ważności **Przyjmujący zamówienie** nie ma prawa udzielać świadczeń zdrowotnych, a **Udzielający zamówienie** wstrzyma wypłatę wynagrodzenia bez uprzedniego powiadomienia do momentu dostarczenia wymaganych dokumentów. Ponadto **Przyjmujący zamówienie** zapłaci **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 1 % całkowitego miesięcznego umownego wynagrodzenia brutto za każdy dzień zwłoki w ich dostarczeniu.
6. Podstawą do obliczenia kary umownej jest wynagrodzenie należne za miesiąc, w którym **Przyjmujący zamówienie** nienależycie wykonywał umowę.
7. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za udzielone świadczenia zdrowotne w najbliższym terminie płatności.
8. **Udzielający zamówienia** zastrzega sobie możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
9. Naruszenie obowiązków określonych w § 3 pkt 16 powoduje odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** za wyrządzone szkody **Udzielającemu zamówienia** wg zasad określonych w kodeksie cywilnym.

## **Czas i warunki udzielanie świadczeń zdrowotnych**

### **§ 5**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń:
  - a) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze (z rocznej puli godzin ...) za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości .. zł za godzinę dyżuru (słownie .. złotych),
  - b) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami) (z rocznej puli godzin ...) za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości .. zł za godzinę dyżuru (słownie ..złoty),
2. Harmonogram, o którym mowa w pkt 1, sporządza **Udzielający zamówienia** i przedstawia go **Przyjmującemu zamówienie** nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca kalendarzowego.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych wymienionych w pkt 1 lit. „a”, „b”, w zależności od potrzeb **Udzielającego zamówienia**.
4. **Przyjmujący zamówienie** w razie niemożności osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może za zgodą **Udzielającego zamówienia** powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy.
5. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być lekarz legitymujący się kwalifikacjami fachowymi do udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej równymi **Przyjmującego zamówienie**.
6. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.
7. Odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** i osoby go zastępującej (zastępcy), za czynności tej ostatniej jest solidarna.

8. Za okres udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza zastępującego **Przyjmującemu zamówienie** nie przysługuje wynagrodzenie.

### **Prawa Przyjmującego zamówienie**

#### **§ 6**

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

### **Obowiązki Udzielającego zamówienia**

#### **§ 7**

**Udzielający zamówienia** zobowiązuje się:

1. Udostępnić **Przyjmującemu zamówienie**, w celu wykonania niniejszej umowy, pomieszczenia Szpitala wraz ze składnikami majątkowymi tj. aparaturą, sprzętem medycznym, lekami, materiałami medycznymi i innymi środkami niezbędnymi do wykonania zamówienia;
2. Środki udostępnione przez **Udzielającego zamówienia**, o których mowa w pkt 1, nie mogą być używane w inny sposób niż do celów związanych z realizacją nin. umowy. **Przyjmujący zamówienie** nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy i środków określonych w pkt 1 będące następstwem ich prawidłowego używania,
3. wypłacić **Przyjmującemu zamówienie** za wykonanie świadczeń zdrowotnych wynagrodzenie określone w § 8.

### **Zasady wynagradzania**

#### **§ 8**

1. Strony ustalają, że miesięczne wynagrodzenie obejmuje:
  - a) stawkę godzinową, w wysokości określonej w § 5 pkt 1 lit. „a” i „b” za efektywnie udzielane świadczenia zdrowotne w danym miesiącu,
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt 1, wyczerpuje całość zobowiązań finansowych **Udzielającego zamówienia** za udzielone przez **Przyjmującego zamówienie** świadczenia zdrowotne.

#### **§ 9**

1. **Przyjmujący zamówienie** składa **Udzielającemu zamówienia** rachunek/fakturę za wykonane świadczenia w Dziale Kadr, w terminie 5 dni po zakończeniu miesiąca obliczeniowego. Miesiącem obliczeniowym jest czas zawarty między pierwszym a ostatnim dniem miesiąca poprzedniego, za który następuje wypłata wynagrodzenia.
2. Rachunek/ faktura powinny zawierać:
  - a) imię i nazwisko **Przyjmującego zamówienie**,
  - b) określenie terminów udzielania świadczeń i miejsca wykonywania świadczeń,
  - c) wartość udzielonych świadczeń określonych w § 5 pkt 1 lit. „a” i „b”,
  - d) należność ogółem,
  - e) nr rachunku bankowego w formacie CC AAAA AAAA BBBB BBBB BBBB BBBB
  - f) **załącznik nr 2 do umowy** dotyczący potwierdzenia przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem/Kierującego Poradnią/Pracownią wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie** usług.
3. **Udzielający zamówienia** wypłaci należność w ciągu 21 dni od złożenia rachunku/ faktury przez **Przyjmującego zamówienie** na jego konto o nr ....
4. Za dzień wykonania zobowiązania uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienie.
5. Za opóźnienia w wypłacie należności **Przyjmujący zamówienie** może naliczyć odsetki w umownej wysokości połowy wysokości odsetek ustawowych w przypadku nie przekazania środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia; a w pozostałych przypadkach w wysokości odsetek ustawowych.

## Okres obowiązywania umowy

### § 10

1. Umowę zawarto na czas określony **od dnia ... r. do dnia ... r.**
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wcześniejszego rozwiązania umowy wraz z wykorzystaniem puli godzin przewidzianych w § 5 lit. „a” i „b” na realizację zamówienia.

## Tryb i zasady rozwiązywania umowy

### § 11

1. **Udzielający zamówienia** ma prawo rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach gdy:
  - a) **Przyjmujący zamówienie** swoje prawa i obowiązki przeniósł na osobę trzecią bez uzyskania zgody **Udzielającego zamówienia**,
  - b) w wyniku kontroli wykonywania umowy i innych działań uregulowanych w odrębnych przepisach stwierdzono u **Przyjmującego zamówienie** niewypełnienie warunków umowy, wadliwe jej wykonanie, ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie zakresu lub złą jakość świadczeń,
  - c) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 5,
  - d) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 16,
  - e) zastosowania aresztu tymczasowego powyżej jednego miesiąca wobec **Przyjmującego zamówienie**,
  - f) podejmowania czynności w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających przy odmowie poddania się wykonaniu badań diagnostycznych,
  - g) wykorzystywania sprzętu i aparatury medycznej przez **Przyjmującego zamówienie** w innym celu niż wykonywanie usług objętych zakresem niniejszej umowy,
  - h) utraty przez **Przyjmującego zamówienie** prawa wykonywania zawodu lub zawieszenia w prawie wykonywania zawodu przez uprawniony organ,
  - i) zmiany bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wyklucza możliwość kontynuowania umowy,
  - j) naruszenia postanowień § 3 pkt 20.
2. Każda ze stron ma prawo rozwiązać niniejszą umowę za **3** miesięcznym okresem wypowiedzenia liczonego od dnia złożenia stosownego oświadczenia woli.
3. Umowa wygasa w przypadku:
  - a) likwidacji **Udzielającego zamówienia**,
  - b) wygaśnięcia umowy zawartej pomiędzy **Udzielającym zamówienia** a Narodowym Funduszem Zdrowia i nie podpisania przez NFZ kolejnej umowy,
  - c) śmierci **Przyjmującego zamówienie**.

## Postanowienia końcowe

### § 12

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### § 13

Do niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy: ustawy Kodeks cywilny, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz inne ogólnie obowiązujące.

### § 14

1. Strony ustalają, że wszelkie spory, które wynikną z niniejszej umowy postarają się rozstrzygnąć na drodze polubownej.
2. W przypadku nie osiągnięcia porozumienia wymienionego w pkt 1 każda ze stron ma prawo odwołać się do właściwego sądu powszechnego.

### § 15

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

.....  
Przyjmujący zamówienie

.....  
Udzielający zamówienia



## Załącznik nr 1 do Umowy

### **WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE LEKARZA DYŻURNego IZBY PRZYJĘĆ (ZAKRES CZYNNOŚCI)**

1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć szpitala jest zobowiązany:
  - kończyć dyżur o godzinie 7.30 na raporcie dyżurnym u Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa
    - dyżur w dzień roboczy trwa 5 godz. 30 min. lub 16 godz. 30 min.
    - dyżur w niedzielę, dzień świąteczny lub dzień wolny od pracy trwa 10 godz. lub 24 godz.
  - zakończyć dyżur po rozpoczęciu pracy lekarskiej w Izbie Przyjęć, a w dniu ustawowo wolnym od pracy – po zgłoszeniu się następcy, któremu Lekarz dyżurny Izby Przyjęć powinien przekazać informację z odbytego dyżuru,
  - przebywać w szpitalu przez cały czas trwania dyżuru, powiadamiać Pielęgniarkę Izby Przyjęć o miejscu pobytu na terenie szpitala,
  - dokładnie zbadać każdego chorego zgłaszającego się do Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i po ustaleniu przy pomocy niezbędnych środków rozpoznania włączyć racjonalne leczenie,
  - prowadzić zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej postępowanie lecznicze u chorych zgłaszających się do Izby Przyjęć,
  - prowadzić postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne pacjenta zgodnie ze standardami leczenia obowiązującymi w Izbie Przyjęć,
  - stosować się do wytycznych dotyczących zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych,
  - w przypadkach szczególnych zatruc zasięgnąć opinii na temat dalszego postępowania diagnostyczno – leczniczego w Instytucie Toksykologii,
  - w przypadkach wątpliwych jeżeli istnieją trudności w diagnozowaniu lub w postępowaniu leczniczym zasięgnąć telefonicznie opinii Koordynatora ZLD, lekarza specjalistę w danej dziedzinie specjalizacji lub wezwać go na konsultację,
  - jeśli wystąpi stan zagrożenia życia pacjenta w Izbie Przyjęć rozpocząć reanimację, wezwać do pomocy Lekarza anestezjologa oraz zawiadomić Koordynatora ZLD i jeśli tego wymaga stan chorego przenieść go do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej,
  - prowadzić dokładną dokumentację zarówno chorych przyjętych w czasie dyżuru, pacjentów wcześniej hospitalizowanych, których stan zdrowia uległ pogorszeniu jak i chorych, którzy zmarli w czasie pełnionego dyżuru,
  - zawiadomić Koordynatora ZLD o zgonie pacjenta w 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 w Izbie Przyjęć, kontrolować wykonanie wydanych zleceń i pielęgnowanie ciężko chorych,
  - udawać się niezwłocznie na wezwania personelu pomocniczo-lekarskiego do chorych wymagających pomocy,
  - w sytuacjach szczególnych na polecenie Koordynatora ZLD udzielić pomocy chorym leczonym w innych oddziałach,

- udzielić w miarę posiadanych danych informacji o stanie zdrowia rodzicom lub prawnym opiekunom chorych,
- powiadomić policję w przypadku ucieczki pacjenta z oddziału,
- w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy wobec pacjenta (w środowisku domowym lub innym) niezwłocznie powiadomić Komisariat Śródmieście w Bydgoszczy pod nr tel. 52-588-11-59 a w dni poprzednie dodatkowo w godz. 7<sup>30</sup> - 15<sup>00</sup> 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 Izbie Przyjęć w ramach dyżurów – udzielanie świadczeń w dni robocze
- w Izbie Przyjęć w ramach dyżurów – udzielanie świadczeń w niedziele, święta i dni wolne   
(zaznaczyć właściwe)

**I. Dane Oferenta:**

- 1) Imię.....
- 2) Nazwisko.....
- 3) Adres zamieszkania .....
- 4) Prowadzący działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą: .....
- 5) NIP .....
- 6) REGON .....
- 7) Tel. Kontaktowy .....
- 8) Adres e-mail .....

**II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:**

- a) Specjalista lub Specjalizacja II stopnia z pediatrii
- b) Specjalista lub Specjalizacja II stopnia z pediatrii i rozpoczęta specjalizacja z reumatologii
- c) Specjalista lub Specjalizacja II stopnia z pediatrii i rozpoczęta specjalizacja z chorób płuc dzieci   
(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 Izbie Przyjęć WSD**

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

**V. Proponowana dostępność na rzecz udzielającego zamówienie:**

Liczba godz. pracy: ..... godz./.....



**VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres od 01.04.2024r. 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) zaświadczenie o niekaralności,
  - 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 stanowiące załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,

- m) oświadczenie o posiadaniu certyfikatu podpisu PUE-ZUS załącznik nr 6,
- n) oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi załącznik nr 7,
- o) oświadczenie o stażu pracy stanowiące załącznik nr 8,
- p) 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
- a) 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) I PARAFOWANE 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

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Adres cd.

.....  
PESEL\*

.....  
Dokument tożsamości (seria, numer)

### OŚWIADCZENIE

#### osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat

- nie zamieszkiwałam/em\*\* w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.
- zamieszkiwałam/em\*\* w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa tj. w .....

W państwie/państwach obywatelstwa.....

- prawo nie przewiduje wydawania/sporządzania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi\*\*
- nie prowadzi się rejestru karnego\*\*

W państwie/państwach, w którym zamieszkiwałam/em .....

- prawo nie przewiduje wydawania/sporządzania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi\*\*
- nie prowadzi się rejestru karnego\*\*

- oświadczam, że nie byłam/em prawomocnie skazana/y w ww. państwie/państwach za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/em się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.\*\*

**Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis

\* jeżeli dotyczy

\*\*zaznaczyć właściwe

OŚWIADCZENIE O STAŻU PRACY

Ja ..... niżej  
(imię i nazwisko)

podpisany/podpisana\* oświadczam, że mój staż pracy w zawodzie lekarza wynosi

.....

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

\* Niewłaściwe skreślić