



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 23.04.2024 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 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii wraz z dyżurami, Poradni Reumatologicznej, w zakresie hematologii i onkologii dziecięcej lub reumatologii lub pediatrii – w wymiarze 1080 godzin w okresie od 01.05.2024r. do 31.12.2024r. + dyżury z puli godzin 6902.

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 27/2024.
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 **hematologii i onkologii dziecięcej, reumatologii i pediatrii** na rzecz pacjentów **Oddziału Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii, Poradni Reumatologicznej, dyżury w oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy**. Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji w dni robocze w godzinach od 7:30 do 15:00 oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni, a także 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, Hematologii, Onkologii i Reumatologii i innych oddziałów- dyżury, Poradni Reumatologicznej 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 Szpitala 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:

- **Oddział Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii i Oddziały - dyżury medyczne**
- **Poradnia Reumatologiczna**

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

1. Ofertę składa Oferent posiadający odpowiednie kwalifikacje:
 - **Specjalizacja w dziedzinie pediatrii**
 - **Specjalizacja w dziedzinie pediatrii i reumatologii**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 01.05.2024r. 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
 - q) 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**

hematologii i onkologii dziecięcej, reumatologii i pediatrii. Oferty nie otwierać przed 29.04.2024 r. godz. 11:00” i dostarczyć w terminie do dnia 29.04.2024r. 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 Sali wykładowej w budynku C w dniu 29.04.2024r. 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 Przestępstw 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:

- **30** punktów jeżeli posiada specjalizację w dziedzinie pediatrii i reumatologii i przedstawi oświadczenie o stażu pracy;

- **20** punktów jeżeli posiada specjalizację w dziedzinie pediatrii i przedstawi oświadczenie o stażu pracy;

3) **Oceniając kompleksowość** Oferent otrzyma:

- **10** punktów jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie Oddział + dyżury i Poradnia

- **8** punkty jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie Oddział + dyżury.

- **5** punkty jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie Oddział + Poradnia

4) **Oceniając dostępność** Oferent otrzyma:

- **3** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 140 godzin miesięcznie w oddziale i poradni.

- **2** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 70 godzin miesięcznie w oddziale i poradni.

5) **Oceniając ciągłość** Oferent otrzyma:

- **27** pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii i reumatologii w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie oferty na rzecz Udzielającego zamówienia.

- **22** pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii i reumatologii 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 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 tożsamyh 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 podstawowej ordynacji (w liczbie godzin ... rocznie) i w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości .. zł za 1 godzinę pracy (słownie .. złotych),
 - b) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości .. zł za godzinę dyżuru (słownie .. złotych),
 - c) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami) za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości .. zł za godzinę dyżuru (słownie .. złotych),
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. „b”, „c”, 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. Wyplacić **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” za efektywnie udzielane świadczenia zdrowotne w danym miesiącu,
 - b) wynagrodzenie za udzielone świadczenia określone w § 5 pkt 1 lit. „b”, „c”,
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/nazwę firmy **Przyjmującego zamówienie**,
 - b) określenie terminów udzielania świadczeń i miejsca wykonywania świadczeń,
 - c) wartość udzielonych świadczeń określonych w § 5 pkt 1 lit. „a”, „b”, „c”,
 - 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” 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 dentysty 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 LEKARZA SPECJALISTY ODDZIAŁU NIEZABIEGOWEGO (ZAKRES CZYNNOŚCI)

1. Lekarz specjalista oddziału zapewnia:

a. w oddziale nie zabiegowym:

- codzienne uczestnictwo w raportach lekarskich, raportowanie dyżurów w oddziałach i Izbie Przyjęć do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- przeprowadzanie wywiadów z pacjentami,
- badanie pacjenta,
- ustalanie planu leczenia i bieżąca jego weryfikacja,
- stawianie diagnozy zalecanie badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych współpracującym lekarzom i pielęgniarkom,
- wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych (jeśli dotyczy),
- monitorowanie wyników leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi i weryfikowanie postępowania leczniczego z wykorzystaniem kompleksowości świadczeń medycznych udzielanych w szpitalu.
- nadzorowanie pracy i zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych przez asystentów młodszych asystentów, lekarzy stażystów w zakresie określonym procedurą oddziału,
- bieżące ocenianie:
 - stanu pacjentów,
 - postępów w leczeniu,
 - wyników badań,
- wnioskowanie o zakończeniu hospitalizacji pacjenta do ordynatora,
- pełnienie dyżurów,
- udział w badaniach sekcyjnych,
- szkolenia lekarzy i personelu średniego w zakresie diagnostyki i leczenia prowadzonego oddziału,
- prowadzenie dokumentacji medycznej według procedur obowiązujących w Szpitalu – zgodnie ze standardem CMJ oraz ISO w systemie papierowym i informatycznym (a w szczególności samodzielnego rejestrowania pacjentów),
- systematyczne samokształcenie,
- uczestnictwo w zebraniach szpitalnych,
- przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
- 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,
- udział w komisjach: zgodnie z regulaminem organizacji,
- monitorowanie i przestrzeganie wykonania umowy z NFZ,
- Współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem;

b. w poradni specjalistycznej:

- przeprowadzanie wywiadów lekarskich,
- badania pacjenta,
- stawianie diagnozy wstępnej,
- zalecania badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych,
- wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych (jeśli dotyczy),
- monitorowanie leczenia, wyników badań,
- prowadzenie orzecznictwa lekarskiego,

- prowadzenie dokumentacji medycznej według procedur obowiązujących w Szpitalu – zgodnie ze standardem CMJ oraz ISO w systemie papierowym i informatycznym (a w szczególności samodzielnego rejestrowania pacjentów,
- systematyczne samokształcenie,
- uczestnictwo w zebraniach szpitalnych,
- przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
- 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,
- wydawanie zaleceń leczniczych personelowi przychodni,
- monitorowanie i przestrzeganie wykonania umowy z NFZ,
- współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem.
- 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,

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
	Oddziały	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:

- Oddział Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii, dyżury medyczne i Poradnia Reumatologiczna
- Oddział Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii, Poradnia Reumatologiczna
- Oddział Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii, dyżury medyczne

(zaznaczyć właściwe)

I. Dane Oferenta:

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

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

- a) Specjalizacja w dziedzinie pediatrii
 - b) Specjalizacja w dziedzinie pediatrii i reumatologii
- (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 podstawowej ordynacji w Oddziale Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Reumatologii, Poradni Reumatologicznej i pełnienia dyżurów w Oddziałach WSD

- ✓ w podstawowej ordynacji lekarskiej – cena brutto zł za 1/h
- ✓ 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 na rzecz udzielającego zamówienie:

Liczba godz. pracy Oddział:

..... godz./.....

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres od 01.05.2024r. 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
- q) 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