



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 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziałach WSD w zakresie konsultacji psychiatrycznych – w wymiarze 240 konsultacji 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 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 **psychiatrii dziecięcej - konsultacje** na rzecz pacjentów **Oddziałów 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

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

- **Oddziały Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy.**

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

1. Ofertę składa Oferent posiadający odpowiednie kwalifikacje:
 - **Specjalizacja w dziedzinie psychiatrii i rozpoczęta specjalizacja w dziedzinie psychiatrii dziecięcej**
 - **Rozpoczęta specjalizacja w dziedzinie psychiatrii dziecięcej**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 psychiatrii dziecięcej – konsultacje lekarskie. 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 psychiatrii i rozpoczęła specjalizacja z psychiatrii dziecięcej i przedstawi oświadczenie o stażu pracy;
- **20** punktów jeżeli jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dziecięcej 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 – wszystkie dni tygodnia
- **8** punkty jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie Oddział – tylko dni robocze.

4) **Oceniając dostępność** Oferent otrzyma:

- **3** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 10 konsultacji miesięcznie w oddziałach WSD.
- **2** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 5 konsultacji miesięcznie w oddziałach WSD.

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 dentysty,
 - 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 ...,pacjentom 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 użytkowania 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 konsultacji ... w trakcie obowiązywania umowy) i w zależności od potrzeb **Udzielającego zamówienie** za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości .. zł za 1 konsultację (słownie ..złotych),
2. **Przyjmujący zamówienie** w razie niemożności osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może za zgodą **Udzielającego zamówienia** powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy.
3. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być lekarz legitymujący się kwalifikacjami fachowymi do udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej równymi **Przyjmującego zamówienie**.
4. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.
5. Odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** i osoby go zastępującej (zastępcy), za czynności tej ostatniej jest solidarna.
6. 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 konsultację 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,
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”,
 - 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 zamówienia.
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 konsultacji 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 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



WOJEWÓDZKI
SZPITAL DZIECIĘCY
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO
W BYDGOSZCZY

Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

REGON 000898946 • NIP 554-22-35-340

85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44

Dział Kadr

tel. +48 797 008 526 • tel. 52 32 62 252 • kadry@wsd.org.pl

Załącznik nr 1 do Umowy

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
LEKARZA SPECJALISTY - KONSULTACJE LEKARSKIE
(ZAKRES CZYNNOŚCI)**

a. Lekarz specjalista zobowiązany jest w szczególności:

- przeprowadzanie wywiadów lekarskich pacjenta,
- badania przedmiotowe pacjenta,
- stawianie diagnozy wstępnej,
- zalecenie badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych,
- wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
- ocena postępów w leczeniu, wyników badań,
- prowadzenie orzecznictwa lekarskiego,
- prowadzenie dokumentacji medycznej według procedur obowiązujących w Szpitalu. - zawartych w ISO, w systemie papierowym i informatycznym,
- 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 przestrzeganie limitów procedur medycznych wynikających z 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:
 - w godz. 7³⁰ - 15⁰⁰ specjalistę ds. rehabilitacji społecznej pod nr tel. wewnętrznym 269,
 - w godz. 15⁰⁰ - 7³⁰ Komisariat Śródmieście w Bydgoszczy pod nr tel. 52-588-11-59.

.....
data, podpis

Załącznik nr 2 do umowy

.....
Imię i nazwisko

.....
m-c rok

| Dzień miesiąca | Ilość udzielonych konsultacji | Oddział |
|----------------|-------------------------------|---------|
| 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:

- Oddziały WSD – wszystkie dni tygodnia
 - Oddziały WSD – tylko dni robocze
- (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 psychiatrii i rozpoczęta specjalizacja z psychiatrii dziecięcej
 - b) Rozpoczęta specjalizacja w dziedzinie psychiatrii dziecięcej
- (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 Oddziałach WSD

- ✓ konsultacja lekarska – cena brutto..... z\$ za 1 konsultację

V. Proponowana dostępność na rzecz udzielającego zamówienie:

Liczba konsultacji:

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.

.....
miejsowość, 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