



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 20.01.2025 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. z 2024 r., poz. 799 t.j.) oraz **ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych** (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 t.j.)

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

**ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć w ramach dyżurów medycznych w zakresie pediatrii – w wymiarze 16,5 godzin w dni robocze oraz 24 godz. w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami) – w wymiarze:**

**-627 godzin w okresie od 01.02.2025 r. do 31.12.2025 r.**

**Kod CPV:** 85111200-2 - medyczne usługi szpitalne.

### 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 2024 r., poz. 799 t.j.), ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 t.j.), Regulaminem Przeprowadzania Konkursów Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz Zarządzeniem Dyrektora WSD nr 9/2025.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert w całości lub części oraz przedłużenia, przesunięcia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania w danej specjalności danego oddziału gdy kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo negocjacji ilości godzin zaproponowanych w ofercie.

### II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **pediatrii** na rzecz pacjentów **Izba Przyjęć - dyżury Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy**. Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dyżury medyczne w dni robocze – 16,5 godz., dyżury w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami) – 24 godz. zgodnie z miesięcznym harmonogramem udzielania świadczeń.
2. Zakres wykonywanych zadań w ramach przedmiotu zamówienia polega na samodzielnym realizowaniu świadczeń lekarskich w szczególności:
  - a) postępowanie diagnostyczno-lecznicze u pacjentów Izby Przyjęć oraz w pozostałych jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia,

- b) pełnienie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć WSD,
- c) wykonywanie procedur medycznych.

#### **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 Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością;
7. znajomość i przestrzeganie regulaminów porządkowych Udzielającego Zamówienie;
8. systematyczne prowadzenie dokumentacji pacjentów zgodnie ze standardami prowadzenia dokumentacji obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie oraz w oparciu o obowiązujące przepisy (Rozporządzenia MZ, zarządzenia Prezesa NFZ).

### **III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

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

- **Izba Przyjęć - dyżury medyczne**

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

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

### **V. TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Umowa będzie obowiązywać od 01.02.2025 r. do 31.12.2025 r.

### **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 Podwykonawstwa Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, budynek C, pokój 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://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/search.aspx>),
  - 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) 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,
  - j) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
  - k) oświadczenie stanowiące załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,
  - l) oświadczenie o posiadaniu certyfikatu podpisu PUE-ZUS stanowiące załącznik nr 6,
  - m) oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi stanowiące załącznik nr 7,
  - n) oświadczenie o doświadczeniu zawodowym stanowiące załącznik nr 8,
  - o) 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. W przypadku Zaświadczenia o niekaralności, o którym mowa w pkt 3 lit. „g” pobranego za pomocą systemu Krajowego Rejestru Karnego Oferent zobowiązuje się dostarczyć wersję elektroniczną dokumentu zapisaną w formie pliku na USB lub płycie CD.
  10. **WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (KAŻDA STRONA DOKUMENTU) I PARAFOWANE PRZEZ OFERENTA.**

## VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Wypełniony formularz oferty wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pediatrii – dyżury w Izbie Przyjęć. Oferty nie otwierać przed 27.01.2025 r. godz. 11:00**” i dostarczyć w terminie do dnia 27.01.2025 r. do godziny 9:00 do Kancelarii Ogólnej w budynku C, I piętro.

## VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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

## IX. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje Komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy Komisji konkursowej i tryb postępowania określa Regulamin Pracy Komisji Konkursowej.
3. Członkiem Komisji konkursowej nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w Komisji

w przypadkach wskazanych w Regulaminie Pracy Komisji Konkursowej.

4. W przypadku stwierdzenia przez Komisję Konkursową braków formalnych w złożonej ofercie, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do ich uzupełnienia.
5. W przypadku odrzucenia oferty z przyczyn formalnych Komisja Konkursowa powiadamia Oferenta oraz podaje przyczyny odrzucenia.

## **X. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

1. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy w Dziale Podwykonawstwa w dniu 27.01.2025 r. 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,
  - h) złożona przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie konkursu została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi konkursu, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie oferenta.

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po ustaleniu, że Oferent nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przepięststw 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 Podwykonawstwa).

## **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 cena to wartość pkt uzyskana na podstawie poniższego wyliczenia:

$$S = (SN/SX) \times 30$$

gdzie:

S - liczba punktów za kryterium cena

SN – najniższa proponowana stawka za godzinę spośród ważnych ofert

SX – proponowana przez Oferenta cena

2) **Oceniając jakość** Oferent otrzyma:

- **30** punktów jeżeli posiada specjalizację w dziedzinie pediatrii i przedstawi oświadczenie o doświadczeniu zawodowym;
- **20** punktów jeżeli posiada rozpoczętą specjalizację w dziedzinie pediatrii i przedstawi oświadczenie o doświadczeniu zawodowym.

3) **Oceniając kompleksowość** Oferent otrzyma:

- **10** punktów jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie dyżurów w Izbie Przyjęć w dni robocze, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy.
- **8** punktów jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie dyżurów w Izbie Przyjęć w dni robocze.
- **5** punktów jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie dyżurów w Izbie Przyjęć w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy.

4) **Oceniając dostępność** Oferent otrzyma:

- **3** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 57 godzin miesięcznie w Izbie Przyjęć.
- **1** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze mniej niż 57 godzin miesięcznie w Izbie Przyjęć

5) **Oceniając ciągłość** Oferent otrzyma:

- **27** pkt za udzielanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w okresie 23 miesiące poprzedzających złożenie oferty na rzecz Udzielającego zamówienia.
- **22** pkt za udzielanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w okresie 11 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. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej BIP oraz na stronie wewnętrznej Szpitala.
7. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność oraz, w razie potrzeby inne czynności podjęte w toku postępowania.



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

**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 2024 r., poz. 799 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 ....., prowadzącą/-ym 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

- Do niniejszej umowy mają zastosowanie następujące przepisy prawa:
  - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
  - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - Statut Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy,
  - rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
  - inne przepisy obowiązujące w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
- Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że:
  - Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr .. wydane przez .... Izbę Lekarską,
  - Prowadzi indywidualną praktykę lekarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez .... Izbę Lekarską pod nr ....
  - 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

- Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **Przyjmującego zamówienie**
  - w formie dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć 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. Przestrzegania postanowień Karty Praw Dziecka.
5. Udzielania nieodpłatnych konsultacji w innych oddziałach szpitala.
6. 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.
7. Niezwłocznego tj. przed godzinami rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych informowania Ordynatora / Kierującego Oddziałem o okresie nieobecności.
8. Przestrzeganie i stosowanie do zarządzeń Dyrektora, regulaminów organizacyjnych, przepisów prawnych a w szczególności: przepisów bhp, ppoż, Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 r.
9. Przestrzeganie i stosowanie się do obowiązujących w szpitalu procedur, zasad i metod postępowania określonych w ramach zintegrowanego systemu zarządzania jakością, w tym wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwa pacjenta, w celu zapobiegania zdarzeniom niepożądanym.
10. Dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej według wzorów obowiązujących podmioty wykonujące działalność leczniczą.
11. Dbania o mienie Szpitala udostępnione przez **Udzielającego zamówienia** celem realizacji niniejszej umowy.
12. Prawidłowego, zgodnego z instrukcją obsługi użytkowania sprzętu i aparatury medycznej używanych przez niego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
13. 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.
14. Zawarcia na własny koszt umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielonego zamówienia zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. c).
15. 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.
16. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych.
17. Organizowania i prowadzenia kształcenia personelu lekarskiego, w tym sprawowania nadzoru i opieki nad wskazanymi lekarzami odbywającymi szkolenie specjalizacyjne, w szczególności odbywającymi staże kierunkowe.
18. Zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową.
19. 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.poż.
20. Wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm.



21. Pokrywania kosztów utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należytym stanie.
22. Prawidłowego korzystania i dbałości o sprzęt i pomieszczenia udostępnione przez Udzielającego zamówienia.

### **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 19 lub utraty ich ważności **Przyjmujący zamówienie** nie ma prawa udzielać świadczeń zdrowotnych, a **Udzielający zamówienie** wstrzyma wypłatę wynagrodzenia bez uprzedniego powiadomienia do momentu dostarczenia wymaganych dokumentów. Ponadto **Przyjmujący zamówienie** zapłaci **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 1 % całkowitego miesięcznego umownego wynagrodzenia brutto za każdy dzień zwłoki w ich dostarczeniu.
6. Podstawą do obliczenia kary umownej jest wynagrodzenie należne za miesiąc, w którym **Przyjmujący zamówienie** nienależycie wykonywał umowę.
7. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za udzielone świadczenia zdrowotne w najbliższym terminie płatności.
8. **Udzielający zamówienia** zastrzega sobie możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
9. Naruszenie obowiązków określonych w § 3 pkt 16 powoduje odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** za wyrządzone szkody **Udzielającemu zamówienia** wg zasad określonych w kodeksie cywilnym.

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

#### **§ 5**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń:
  - a) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze za co przysługuje mu wynagrodzenie w wysokości .. zł za godzinę dyżuru (słownie .. złotych),
  - b) udzielania świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w niedziele, święta i dni wolne od pracy (ustalony przez Udzielającego zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami) 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. „a”, „b”, w zależności od potrzeb **Udzielającego zamówienia**.
4. **Przyjmujący zamówienie** w razie niemożności osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może za zgodą **Udzielającego zamówienia** powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy.
5. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być lekarz legitymujący się kwalifikacjami fachowymi do udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej równymi **Przyjmującego zamówienie**.
6. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.
7. Odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** i osoby go zastępującej (zastępcy), za czynności tej ostatniej jest solidarna.
8. Za okres udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza zastępującego **Przyjmującemu zamówienie** nie przysługuje wynagrodzenie.

9. W przypadku sprawowania przez Przyjmującego zamówienie nadzoru nad lekarzami odbywającymi szkolenie specjalizacyjne jako kierownik specjalizacji, Przyjmującemu zamówienie wypłacony zostanie dodatek do wynagrodzenia z tytułu realizacji tego zadania w wysokości określonej przez obowiązujące przepisy prawa.

### **Prawa Przyjmującego zamówienie**

#### **§ 6**

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

### **Obowiązki Udzielającego zamówienia**

#### **§ 7**

**Udzielający zamówienia** zobowiązuje się:

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

### **Zasady wynagradzania**

#### **§ 8**

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

#### **§ 9**

1. **Przyjmujący zamówienie** składa **Udzielającemu zamówienia** rachunek/fakturę za wykonane świadczenia w terminie 5 dni po zakończeniu miesiąca obliczeniowego. Miesiącem obliczeniowym jest czas zawarty między pierwszym a ostatnim dniem miesiąca poprzedniego, za który następuje wypłata wynagrodzenia.
2. Rachunek/ faktura powinny zawierać:
  - a) imię i nazwisko **Przyjmującego zamówienie**,
  - b) określenie terminów udzielania świadczeń i miejsca wykonywania świadczeń,
  - c) wartość udzielonych świadczeń w ramach dyżuru tj. iloczyn ilości wypracowanych godzin oraz stawki określonej § 5 pkt 1 lit. „a” i „b”,
  - d) należność ogółem,
  - e) **załącznik nr 2** dotyczący potwierdzenia przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem /Kierującego Poradnią/Pracownią wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie** usług.
  - f) nr rachunku bankowego w formie CC AAAA AAAA BBBB BBBB BBBB BBBB
3. **Udzielający zamówienia** wypłaci należność w ciągu 21 dni od złożenia rachunku/ faktury przez **Przyjmującego zamówienie** na jego konto o nr ....
4. Niezachowanie terminu złożenia rachunku/faktury oraz korekty rachunku/faktury za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej powoduje przedłużenie terminu zapłaty, o którym jest mowa pkt 1, do

30 dni za wyjątkiem, gdy przyczyną nie złożenia w terminie rachunku/faktury lub korekty rachunku/faktury jest zawieszenie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej lub nagły przypadek losowy.

5. Za dzień wykonania zobowiązania uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienie.
6. 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.**

#### **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 6,
  - d) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 16,
  - e) zastosowania aresztu tymczasowego **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.
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**.

#### **Przetwarzanie danych osobowych**

##### **§ 12**

1. **Udzielający zamówienia** jako administrator danych osobowych powierza **Przyjmującemu zamówienia** przetwarzanie danych osobowych co stanowi udokumentowane polecenie przetwarzania w rozumieniu art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. **Przyjmujący zamówienie** może przetwarzać dane osobowe pacjentów objętych świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi w ramach niniejszej umowy, w szczególności: imiona i nazwiska, imiona i nazwiska opiekunów pacjenta, adresy, adresy e-mail, PESEL i informacje o stanie zdrowia i leczeniu.
3. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż wyraża zgodę na powierzenie mu danych osobowych zakresie niezbędnym do realizacji niniejszej umowy.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do niewykorzystywania danych osobowych powierzonych przez Udzielającego zamówienia w celach innych niż cele powierzenia, tj. na prywatny użytek.
5. **Przyjmujący zamówienie** udostępnia **Udzielającemu zamówienia**, na każde jego żądanie, wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków wynikających z powierzenia danych osobowych, jak również udziela wszelkich wyjaśnień i informacji o przebiegu i sposobie przetwarzania danych.

6. W przypadku wygaśnięcia lub rozwiązania niniejszej umowy, **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do niezwłocznego zwrócenia Udzielającemu zamówienia wszelkich danych przez niego powierzonych.

### **Postanowienia końcowe**

#### **§ 13**

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### **§ 14**

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

#### **§ 15**

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.

#### **§ 16**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: po jednym dla każdej ze stron.

.....  
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

tel. 52 32 62 100 • faks 52 32 62 101

www.wsd.org.pl

**Załącznik nr 1 do Umowy**

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

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

- udzielić w miarę posiadanych danych informacji o stanie zdrowia rodzicom lub prawnym opiekunom chorych,
- powiadomić policję w przypadku ucieczki pacjenta z oddziału,
- w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy wobec pacjenta (w środowisku domowym lub innym) niezwłocznie powiadomić Policję pod nr tel. 112 lub 997 lub prokuratora a w dni poprzednie dodatkowo w godz. 7<sup>30</sup> - 15<sup>00</sup> koordynatora ds. ochrony małoletnich pod nr tel. wewnętrznym 269,
- współpraca z koordynatorem ds. ochrony małoletnich w zakresie ujawnionych incydentów lub zdarzeń zagrażających dobru małoletniego oraz podejmowanie w związku z tym działań zgodnie ze standardami postępowania określonymi w Polityce Ochrony Małoletnich WSD.

.....  
data, podpis

.....  
Imię i nazwisko.....  
m-c rok

Dzień miesiąca	Dyżur w dzień roboczy	Dyżur w dzień świąteczny	Nieobecność bezpłatna
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
RAZEM			

.....  
Data Podpis Przyjmującego zamówienie

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:

- dyżury w Izbie Przyjęć w dni robocze, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy
- dyżury w Izbie Przyjęć w dni robocze,
- dyżury w Izbie Przyjęć w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy   
(zaznaczyć właściwe)

**I. Dane Oferenta:**

- 1) Imię.....
- 2) Nazwisko.....
- 3) Adres .....
- 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) Specjalista lub Specjalizacja II stopnia w dziedzinie pediatrii
- b) rozpoczęta specjalizacja w dziedzinie pediatrii   
(zaznaczyć właściwe)

**III. Oferta cenowa za wykonywanie:****a) świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów w Izbie Przyjęć WSD**

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

**IV. Proponowana dostępność miesięcznie na rzecz udzielającego zamówienie:**

Liczba godz. udzielania świadczeń zdrowotnych: ..... godz./miesięcznie

**V. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres od 01.02.2025 r. do 31.12.2025 r.****VI. 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 rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą 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.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z postępowaniem konkursowym zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....  
(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://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/search.aspx>),
  - 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) 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,
  - j) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
  - k) oświadczenie stanowiące załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,
  - l) oświadczenie o posiadaniu certyfikatu podpisu PUE-ZUS załącznik nr 6,
  - m) oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi załącznik nr 7,
  - n) oświadczenie o doświadczeniu zawodowym stanowiące załącznik nr 8,
  - o) 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.**

## OŚWIADCZENIE

Ja ..... niżej  
(imię i nazwisko)

podpisany/podpisana\* oświadczam, że:

- 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
- 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

### OŚWIADCZENIE

Ja ..... niżej  
(imię i nazwisko)

podpisany/podpisana\* oświadczam, że:

- mój nr rachunku bankowego, na który należy dokonywać wpłat z tytułu umowy cywilno – prawnej to:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

w banku .....

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

---

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**

Ja ..... niżej  
(imię i nazwisko)

podpisany/podpisana\* oświadczam, że:

- 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

---

\* niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE

Ja ..... niżej  
(imię i nazwisko)

podpisany/podpisana\* 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 DOŚWIADCZENIU ZAWODOWYM**

Ja ..... niżej  
(imię i nazwisko)

podpisany/podpisana\* oświadczam, że:

- 1) moje doświadczenie zawodowe w zawodzie lekarza wynosi .....
- 2) moje doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi wynosi .....
- 3) udzielałem/łam świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszym konkursie ofert na rzecz Udzielającego zamówienia w okresie:

- powyżej 23 miesięcy poprzedzających złożenie oferty
- od 11 do 23 miesięcy poprzedzających złożenie oferty
- poniżej 11 miesięcy poprzedzających złożenie oferty lub brak doświadczenia zawodowego na rzecz Udzielającego zamówienia.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis

---

\* niepotrzebne skreślić