



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 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chorób Metabolicznych w zakresie chorób metabolicznych i pediatrii – w wymiarze:**

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

**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 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 **chorób metabolicznych i pediatrii** na rzecz pacjentów **Poradni Chorób Metabolicznych 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.
2. Zakres wykonywanych zadań w ramach przedmiotu zamówienia polega na samodzielnym realizowaniu świadczeń lekarskich w szczególności:
  - a) postępowanie diagnostyczno-lecznicze u pacjentów Poradni Chorób Metabolicznych oraz w pozostałych jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia,
  - b) pracę w podstawowej ordynacji,
  - c) wykonywanie procedur medycznych, orzecznictwo,

d) 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 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**

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

- **Poradnia Chorób Metabolicznych**

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

1. Ofertę składa Oferent posiadający odpowiednie kwalifikacje:
  - **Specjalizacja w dziedzinie pediatrii z doświadczeniem w zakresie leczenia chorób metabolicznych**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 chorób metabolicznych i pediatrii. 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 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 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 z doświadczeniem w leczeniu chorób metabolicznych
  - **15** punktów jeżeli posiada specjalizację w dziedzinie pediatrii
- 3) **Oceniając kompleksowość** Oferent otrzyma:
  - **10** punktów jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie Poradni.
- 4) **Oceniając dostępność** Oferent otrzyma:
  - **3** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 8 godzin miesięcznie w poradni.
  - **2** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 6 godzin miesięcznie w poradni.
  - **1** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze mniej niż 6 godzin miesięcznie w poradni
- 5) **Oceniając ciągłość** Oferent otrzyma:
  - **27** pkt za udzielanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w okresie 23 miesięcy 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 Poradni Chorób Metabolicznychpacjentom 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.pož.
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 zamówienia** za wyrządzone szkody **Udzielającemu zamówienia** wg zasad określonych w kodeksie cywilnym.

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

#### **§ 5**

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń:
  - a) udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji (w liczbie godzin ..... miesięcznie) i w godzinach ustalonych w harmonogramie za co otrzymuje wynagrodzenie w wysokości .. zł (słownie ..złoty),
2. Harmonogram, o którym mowa w pkt 1, sporządza **Udzielający zamówienia** i przedstawia go **Przyjmującemu zamówienie** nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca kalendarzowego.
3. **Przyjmujący zamówienie** w razie niemożności osobistego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może za zgodą **Udzielającego zamówienia** powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy.
4. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być lekarz legitymujący się kwalifikacjami fachowymi do udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej równymi **Przyjmującego zamówienie**.
5. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.
6. Odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** i osoby go zastępującej (zastępcy), za czynności tej ostatniej jest solidarna.
7. 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 (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” 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/nazwa 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) **załącznik nr 2** dotyczący potwierdzenia przez Ordynatora Oddziału/Kierującego Oddziałem /Kierującego Poradnią/Pracownią wykonanych przez **Przyjmującego zamówienie** usług.
  - f) nr rachunku bankowego w formacie 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.**
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wcześniejszego rozwiązania umowy wraz z wykorzystaniem puli godzin przewidzianych w § 5 lit. „a” na realizację zamówienia.

#### **Tryb i zasady rozwiązywania umowy**

##### **§ 11**

1. **Udzielający zamówienia** ma prawo rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach gdy:
  - a) **Przyjmujący zamówienie** swoje prawa i obowiązki przeniósł na osobę trzecią bez uzyskania zgody **Udzielającego zamówienia**,
  - b) w wyniku kontroli wykonywania umowy i innych działań uregulowanych w odrębnych przepisach stwierdzono u **Przyjmującego zamówienie** niewypełnienie warunków umowy, wadliwe jej wykonanie, ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie zakresu lub złą jakość świadczeń,
  - c) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 3 pkt 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 LEKARZA SPECJALISTY PORADNI SPECJALISTYCZNEJ (ZAKRES CZYNNOŚCI)**

### **1. Lekarz specjalista zapewnia:**

#### **a. w poradni specjalistycznej:**

- realizację świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymaganiami Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością zapewniające ich wysoką jakość i bezpieczeństwo pacjenta,
- przeprowadzanie wywiadów lekarskich,
- badania pacjenta,
- stawianie diagnozy wstępnej,
- zalecania badań oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych,
- wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych (jeśli dotyczy),
- monitorowanie leczenia, wyników badań,
- prowadzenie orzecznictwa lekarskiego,
- prowadzenie dokumentacji medycznej według procedur obowiązujących w Szpitalu w zakresie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością w systemie papierowym i informatycznym (a w szczególności samodzielnego rejestrowania pacjentów),
- zgłaszanie zdarzeń niepożądanych,
- realizacja działań naprawczych zdarzeń niepożądanych,
- systematyczne samokształcenie,
- uczestnictwo w zebraniach szpitalnych,
- przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
- zachowanie w tajemnicy danych osobowych dostępnych w związku z wykonywaniem umowy zawartej z WSD zarówno w trakcie jej trwania jak po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu,
- aktywne uczestnictwo w systemie zarządzania jakością oraz kontroli zarządczej,
- wydawanie zaleceń leczniczych personelowi przychodni,
- monitorowanie i przestrzeganie wykonania umowy z NFZ,
- współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem.
- w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy wobec pacjenta (w środowisku domowym lub innym) niezwłocznie powiadomić 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

**Załącznik nr 2 do umowy**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
m-c rok

Dzień miesiąca	liczba godzin udzielania świadczeń	Nieobecność bezpłatna
	Poradnia	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
RAZEM		

.....  
Data 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:**

- **w Poradni Chorób Metabolicznych**   
(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) Specjalizacja w dziedzinie pediatrii   
 b) Specjalizacja w dziedzinie pediatrii z doświadczeniem w leczeniu chorób metabolicznych   
 (zaznaczyć właściwe)

**III. Oferta cenowa za wykonywanie:****a) świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej ordynacji w Poradni Chorób Metabolicznych WSD**

- ✓ w podstawowej ordynacji lekarskiej – cena brutto ..... zł /godzinę

**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:**

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:

- zostałam/em zaszczepiony pełnym cyklem szczepień przeciw WZW typu B. Podstawa prawna: ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zabezpieczeniu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. 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) moje doświadczenie zawodowe w leczeniu chorób metabolicznych wynosi .....
- 4) 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