

OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT

(Nr SPZOZ.KD.MED.2.2024)

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ

WE WŁODAWIE

AL. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 64

22-200 WŁODAWA

Tel. 797 702 705, Fax 82 57 24 170

ogłasza konkurs ofert na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne obejmujące:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych i Izbie Przyjęć w SP ZOZ we Włodawie na stanowisku **opiekun medyczny**
1. Czas trwania umowy – od daty jej zawarcia do dnia 31.10.2026 r. z możliwością przedłużenia o kolejne 12 miesięcy.
2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.10.2024 r.
3. Data ogłoszenia konkursu: 16.09.2024 r.
4. Materiały informacyjne i szczegółowe warunki konkursu ofert, zawierające formularz oferty i projekt umowy, można uzyskać w Dziale Kadr SP ZOZ we Włodawie, Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa, tel. 797 704 886 lub na stronie internetowej szpitala: www.spzoz.wlodawa.pl.
5. Ofertę należy przesłać na adres e-mail: sekretariat@spzoz.wlodawa.pl plikiem zaszyfrowanym lub złożyć w zamkniętej kopercie, w formie pisemnej, na formularzu proponowanym przez Udzielającego Zamówienia, do dnia **24.09.2024 r.**, do godziny 11.00, w Sekretariacie Dyrekcji SP ZOZ we Włodawie.
6. Otwarcie ofert odbędzie się w siedzibie Udzielającego Zamówienia w dniu **25.09.2024 r. o godzinie 10.00** (sala konferencyjna przy Sekretariacie Dyrekcji SP ZOZ we Włodawie).
7. Termin związania ofertą – 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
8. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, do 14 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu bez podania przyczyny, przeprowadzenia dodatkowych negocjacji z oferentami, a także zamknięcia konkursu bez wyboru którejkolwiek z ofert.

Dyrektor
SP ZOZ we Włodawie
DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie
Elżbieta Korsza

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie
Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa
e-mail: sekretariat@spzoz.wlodawa.pl
Tel. 797 702 705, Fax 28 57 24 170

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146.).

Postępowanie konkursowe nr: SPZOZ.KD.MED.2.2024

MATERIAŁY INFORMACYJNE
I SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (MI)
na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne obejmujące:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych i Izbie Przyjęć w SP ZOZ we Włodawie na stanowisku **opiekun medyczny**

I. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta, traktowana jako całość, przygotowana na koszt Oferenta, musi być złożona w formie pisemnej, czytelnie, w języku polskim, na udostępnionym „Formularzu oferty” wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami i kserokopiami dokumentów, zgodnie z warunkami określonymi w niniejszych MI. Formularz oferty stanowi Załącznik Nr 1 do niniejszych MI.
2. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty nie będące oryginalnymi dokumentami, muszą być podpisane i potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.
3. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
4. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, na kolejno ponumerowanych stronach, opatrzoną danymi Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie
Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa
„Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych
*w Oddziale/Dziale **

– ZADANIE NR *

Ilość stron (określić ile stron zawiera złożona oferta)”.

* wpisać właściwe

5. W celu prawidłowego przygotowania oferty Oferent powinien zapoznać się z miejscem wykonywania zamówienia oraz zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
6. Dokumenty wchodzące w skład oferty nie podlegają zwrotowi.
7. Projekt umowy, stanowiący załącznik nr 2 do MI jest integralną częścią niniejszej dokumentacji i zapisy w nim zawarte traktuje się jako warunki udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.
8. Szpital dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne zadania.

II. WARUNKI KWALIFIKACYJNE WYMAGANE OD PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE

1. Do konkursu ofert mogą przystąpić:
 - 1) podmioty wykonujące działalność leczniczą spełniające wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.),
 - 2) osoby wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.) o następujących kwalifikacjach (posiadający odpowiednią specjalizację, kurs (lub będące w trakcie specjalizacji), wymaganą przy udzielaniu świadczeń na odpowiednim oddziale szpitalnym, zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia), tj.:
 - posiadające aktualne prawo wykonywania zawodu;
 - aktualne szkolenie RKO (raz w roku).
2. Świadczenia będące przedmiotem postępowania konkursowego mogą być udzielane przez osoby wykonujące zawód lub podmioty dysponujące osobami wykonującymi zawód, spełniającymi dodatkowe wymagania:
 - 1) posiadanie prawa wykonywania zawodu,
 - 2) ~~posiadanie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,~~
 - 3) ~~posiadanie wpisu do właściwego rejestru w zakresie prowadzonej działalności: Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/KRS.~~
3. Oferent zobowiązuje się posiadać i przedstawić na żądanie Szpitala następujące dokumenty:
 - 1) zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
 - 2) aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP.
4. Oferent nie może być zatrudniony na podstawie umowy o pracę w SP ZOZ we Włodawie w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania. Oferent nie może wykazać osób, za pośrednictwem których będzie świadczył usługę i które są jednocześnie zatrudnione na podstawie umowy o pracę w Szpitalu.
5. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
 - 1) formularz oferty podpisany przez Oferenta - zgodnie z załącznikiem nr 1 do MI,
 - 2) ~~odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,~~
 - 3) ~~aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/KRS,~~
 - 4) kopia prawa wykonywania zawodu przyznanego przez odpowiednią Izbę, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych/kopie praw wykonywania zawodu przyznanego przez odpowiednią Izbę, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych – w przypadku podmiotu dysponującego
 - 5) kopia dyplomu / kopie dyplomów – w przypadku podmiotu dysponującego,
 - 6) kopia dyplomu specjalizacji/kopie dyplomów specjalizacji - w przypadku podmiotu dysponującego,
 - 7) ~~umowę spółki cywilnej, jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej.~~

III. ZAKRES PRZEDMIOTOWY KONKURSU OFERT

1. Udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ we Włodawie odbywać się będzie we wszystkie dni tygodnia zgodnie z miesięcznym indywidualnie ustalonym harmonogramem.
2. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych będzie **SP ZOZ we Włodawie**
3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie z należytą starannością zgodnie z zasadami wiedzy i obowiązującymi standardami w danej dziedzinie medycyny na zasadach wynikających z Ustawy o zawodach, Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych obowiązujących przepisów prawa.
5. Oferent zagwarantuje niezmienność cen przez okres trwania umowy, z zastrzeżeniem, że w przypadku zmiany sytuacji finansowej Szpitala, w szczególności wskutek braku finansowania lub zmniejszenia przez NFZ wartości umowy w poszczególnych zakresach, strony dopuszczają możliwość zmiany wynagrodzenia za udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zmiany te mogą być wprowadzone po przeprowadzeniu negocjacji, w drodze pisemnego aneksu, za porozumieniem stron.

IV. HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w rozdz. III będą udzielane na podstawie harmonogramu ustalonego przez Oddziałową/Kierownika Oddziału we Włodawie w SP ZOZ we Włodawie.
2. Harmonogram podlega zatwierdzeniu przez Pielęgniarkę Naczelną.
3. Szpital przedstawi, najpóźniej do 25-go dnia danego miesiąca harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych na miesiąc następny uwzględniając harmonogramy pracy z innych placówek w których są zatrudnione (wymagane w celu dostosowania pracy w SP ZOZ we Włodawie).
4. Harmonogram, o którym mowa w niniejszym Rozdziale może być zmieniony przez Szpital w trakcie trwania umowy. O zmianie Oferent zostanie poinformowany.
5. Oferent zobowiązany jest do zgłoszenia gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, według przedłożonych harmonogramów.
6. W przypadku potrzeb Szpitala, Oferent zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach medycznych Szpitala wskazanych na piśmie przez Szpital ze wskazaniem miejsca, czasu i harmonogramu ich udzielania.

V. UBEZPIECZENIE

1. Oferent zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia OC, zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Ubezpieczeniem OC ma być objęta odpowiedzialność cywilna Oferenta na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania tych świadczeń, w których następstwie została wyrządzona szkoda.
3. Ubezpieczenie OC ma obejmować wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa wyżej, bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań.

4. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego Oferent na świadczenia zdrowotne obowiązany jest, na podstawie umowy o udzielenie zamówienia, do udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC – zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
6. Kwota, o której mowa w pkt 5 jest ustalana przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

VI. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA UMOWY

1. Oferent zobowiązuje się do zawarcia umowy na czas określony, tj. od dnia podpisania umowy do 31.10.2026 r. z możliwością przedłużenia o kolejne 12 miesięcy.
2. Świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem umowy będą wykonywane w siedzibie Szpitala i na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie wobec nieokreślonej liczby osób do nich uprawnionych, w tym świadczeń zdrowotnych na rzecz osób kierowanych przez podmioty/instytucje, z którymi Szpital zawarł umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

VII. KRYTERIA OCENY, JAKIM BĘDĄ PODLEGAŁY SKŁADANE OFERTY

Przy wyborze oferty komisja konkursowa będzie kierować się następującymi kryteriami oceny:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych i Izbie Przyjęć w SP ZOZ we Włodawie na stanowisku opiekun medyczny

L.p.	KRYTERIUM	RANGA
1	Cena	100%

2. Wartość punktowa ceny będzie obliczona wg wzoru:

$$X_c = \frac{C_n}{C_{of}} \times R \times 100$$

gdzie:

X_c – wartość punktowa ceny

C_n – najniższa proponowana cena

C_{of} – cena oferty badanej

R – ranga – wartość procentowa za to kryterium

1. Cenę oferty stanowi cena brutto.
2. Cenę oferty należy rozumieć jako koszt całkowity uwzględniający kalkulację elementów należności i opłaty dodatkowe, jakie ponosi Oferent w ramach przyjętej umowy na świadczenia zdrowotne.
3. W przypadku ofert z równą ceną Szpital wybierze oferty kierując się kolejno następującymi kryteriami:
 - 1) Wyższy stopień kwalifikacji;
 - 2) Posiadanie doświadczenia zawodowego – pracy w oddziale objętym przedmiotem oferty.
4. Szpital zastrzega sobie prawo wyboru ofert w ilości potrzebnej do właściwego zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych.

VIII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi jak w rozdz. I ust. 4 niniejszych MI należy przesłać lub złożyć do dnia **24.09.2024 r. do godziny 11.00** w Sekretariacie Dyrekcji Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa.
2. Decydujące znaczenie ma data wpływu do Szpitala, a nie data nadania oferty przesyłką listowną lub kurierską. Oferta złożona po terminie zostanie odrzucona i zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. Celem dokonania zmian bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w MI terminu składania ofert.
4. Wybór drogi pocztowej do przesłania oferty następuje na ryzyko Oferenta, a zatem winien we własnym interesie, w taki sposób przygotować przesyłkę, aby w maksymalnym stopniu zapobiec jej uszkodzeniu w czasie transportu.

IX. ODRZUCENIE OFERTY

1. Odrzuca się ofertę:
 - 1) złożoną przez Oferenta po terminie;
 - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
 - 3) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych;
 - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - 6) jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;
 - 7) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Szpital w niniejszych MI;
 - 8) złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Szpital umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
2. 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. Wezwanie to będzie mieć formę pisemną i zostanie odnotowane w protokole.

X. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH

1. Oferent może zwracać się do Szpitala o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z MI, sposobem przygotowania oferty, kierując zapytanie osobiście lub na piśmie w okresie nie późniejszym niż 3 dni przed dniem otwarcia ofert.
2. Osobą uprawnioną do kontaktu jest:
 - 1) Elżbieta Zalewska, Katarzyna Kozłowska – Pracownik Działu Kadr w SP ZOZ we Włodawie, tel. 797 704 886,

XI. TRYB WPROWADZANIA ZMIAN DO MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, Szpital może zmienić lub zmodyfikować niniejsze MI oraz zakres świadczeń

- objętych postępowaniem konkursowym. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.
2. O każdej zmianie lub modyfikacji Szpital zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania konkursowego oraz zamieści informacje na swojej stronie internetowej.
 3. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja będzie istotna, Szpital może przedłużyć termin do składania ofert.

XII. TERMIN, DO KTÓREGO OFERENT BĘDZIE ZWIĄZANY OFERTĄ

1. Oferent pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Oferent na wniosek Szpitala może przedłużyć termin związania ofertą.

XIII. MIEJSCE, TERMIN, TRYB OTWARCIA ORAZ OCENA OFERT

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji konkursowej, które odbędzie się w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie, przy Al. Józefa Piłsudskiego 64 (sala konferencyjna przy Sekretariacie Dyrekcji SP ZOZ we Włodawie) w dniu **25.09.2024 r. o godzinie 10:00**.
2. Do chwili otwarcia ofert Szpital przechowuje je w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:
 - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
 - 2) otwiera koperty z ofertami;
 - 3) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych materiałach informacyjnych;
 - 4) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom wskazanym w MI lub podlegające odrzuceniu zgodnie z rozdziałem IX niniejszych MI;
 - 5) wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z wybranym Oferent przy udziale Dyrektora w zakresie warunków złożonej oferty, w tym zaoferowanej stawki wynagrodzenia.

Negocjacje przeprowadza się z Oferentem, którzy spełniają warunki określone w niniejszych MI.

XIV. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

1. Termin rozstrzygnięcia konkursu: do 14 dni od upływu terminu składania ofert. W szczególnych przypadkach Szpital może przesunąć termin rozstrzygnięcia konkursu ofert.
2. Miejsce rozstrzygnięcia konkursu: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa (sala konferencyjna w Sekretariacie Dyrekcji).
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie.
4. Szpital zawiadomi niezwłocznie wszystkich Oferent ogłaszając wyniki konkursu na stronie internetowej szpitala oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala.
5. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne lub konkurs nie został zamknięty bez wybrania

którejkolwiek

z ofert, komisja konkursowa ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.

6. Szpital zastrzega sobie możliwość wyboru więcej niż jednej oferty w ilości odpowiadającej potrzebom Szpitala w zakresie zabezpieczenia wykonywania świadczeń zdrowotnych.
7. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja konkursowa ulega rozwiązaniu.

XV. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

1. Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Szpital przeznaczył na finansowanie umowy na świadczenie zdrowotne w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów Szpitala, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja konkursowa może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynęło więcej ofert.

XVI. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTEM

1. Oferentem, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Szpitala zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych poniżej w ust. 2-10.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania;
 - 2) niedokonanie wyboru Oferenta;
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala oraz na stronie internetowej Szpitala.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.



9. Oferent, biorący udział w postępowaniu konkursowym, może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne do czasu jego rozpatrzenia.

XVII. ZAWARCIE UMOWY

1. Zawarcie umowy z Oferentem, wyłonionym w postępowaniu konkursowym nastąpi nie później niż w terminie związania Oferenta ofertą.
2. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Szpital wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, które nie zostały odrzucone.

UWAGA

Szpital zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny, przesunięcia terminu składania ofert oraz zamknięcia konkursu bez wyboru którejkolwiek z ofert.

1. Załącznik Nr 1 – Formularz oferty
2. Załącznik Nr 2 – Projekt umowy
3. Załącznik Nr 3 – Zasady użytkowania sprzętu, aparatury medycznej oraz innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych

KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART.13.RODO


Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych **Oferenta** jest SP ZOZ we Włodawie, ul. Piłsudskiego 64
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: biuro@systemyzarzadzania.com.pl
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu związanym z postępowaniem – niniejszym konkursem ofert
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceńbiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia postępowania konkursowego, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres jej trwania;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;

- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do przeprowadzenia postępowania - konkursu ofert oraz zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości przeprowadzenia postępowania konkursowego uwzględniającego Państwa ofertę; administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.



DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Włodawie
Elżbieta Korsza

**Zasady użytkowania sprzętu biurowego, aparatury medycznej
oraz innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. Oferent w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych korzysta:
 - 1) z bazy lokalowej Szpitala, w tym z pomieszczeń ambulatoryjnych, pokoi wypoczynkowych i pomieszczeń socjalnych;
 - 2) z aparatury i sprzętu medycznego będącego własnością (w używaniu) Szpitala;
 - 3) ze sprzętu biurowego (materiały biurowe, komputer, drukarka) będącego własnością (w używaniu) Szpitala;
 - 4) ze środków transportu (podmiotów, z którymi Szpital podpisał umowę),
 - 5) z leków i materiałów opatrunkowych Szpitala.
2. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt. 1 może odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania zleconych umową świadczeń zdrowotnych.
3. Konserwacja i naprawy sprzętu, o którym mowa w pkt. 1 odbywa się na koszt Szpitala, chyba że naprawa jest skutkiem niewłaściwego korzystania i uszkodzenia sprzętu i aparatury medycznej przez Oferenta. W takim przypadku ponosi on koszt naprawy urządzenia.
4. Oferent nie może wykorzystywać środków, o których mowa w niniejszym załączniku na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, chyba że odpłatność wynika z przepisów Szpitala i jest pobierana na jego konto.
5. Oferent nie odpowiada za skutki awarii powstałej w czasie użytkowania wadliwej aparatury Szpitala w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Oferent ma obowiązek sprawdzenia stanu sprawności aparatury medycznej przed jej użyciem, a jeśli awaria aparatury powstanie w trakcie udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne, ma obowiązek podjęcia wszelkich działań, które zminimalizują negatywne skutki tej awarii dla zdrowia pacjenta.

UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

zawarta w dniu r. we Włodawie
pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Al. Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS: 0000068400, NIP: 5651337789, REGON: 110197664, reprezentowanym przez **Dyrektora Elżbietę Korszlą** zwanym w dalszej części umowy **"Zleceniodawca"** lub zamiennie **"Szpitalem"**

a

Panią/em, zam., PESEL:
zwaną w dalszej części umowy **„Zleceniobiorcą”**
o następującej treści:

Na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146.) została zawarta umowa o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych jako opiekun medyczny w SP ZOZ we Włodawie na rzecz pacjentów Zleceniodawcy.
2. Zleceniobiorca będzie udzielał świadczeń zdrowotnych samodzielnie, pod nadzorem i według wskazań Pielęgniarki Koordynującej/Oddziałowej Oddziału lub osoby przez nią upoważnionej.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonywania zamówienia na warunkach określonych w umowie.
4. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 będą udzielane przez Zleceniobiorcę osobiście pacjentom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych oraz pacjentom w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, a także na rzecz osób kierowanych przez podmioty/instytucje, z którymi Zleceniodawca zawarł umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
5. Świadczenia zdrowotne będą udzielane na podstawie harmonogramu ustalonego przez Oddziałową/Kierownika Oddziału w SP ZOZ we Włodawie w SP ZOZ we Włodawie ze wskazaniem dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Harmonogram podlega zatwierdzeniu przez Pielęgniarkę Naczelną.
7. Zleceniodawca przedstawi, najpóźniej do 25-go dnia danego miesiąca harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych na miesiąc następny uwzględniając harmonogramy pracy z innych placówek w których są zatrudnione (wymagane w celu dostosowania pracy w SP ZOZ we Włodawie).
8. Harmonogram może być zmieniony przez Zleceniodawcę w trakcie trwania umowy, o czym Zleceniobiorca zostanie poinformowany.
9. Zleceniobiorca zobowiązany jest do zgłoszenia gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, według przedłożonych harmonogramów.
10. Strony ustalają, że mogą wystąpić miesiące, w których w związku ze zmniejszeniem lub brakiem potrzeb Zleceniodawcy Zleceniobiorca nie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych. W takich przypadkach Zleceniobiorcy nie przysługuje prawo do żądania od Zleceniodawcy wypłaty wynagrodzenia, odszkodowania itp. z tego tytułu.
11. Strony ustalają, że mogą wystąpić miesiące, w których w związku z wystąpieniem szczególnych potrzeb Zleceniodawcy, Zleceniobiorca będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w wymiarze godzinowym większym niż wynikający z harmonogramu, o którym mowa w ust. 2, za zgodą

Zleceniodawcy.

12. Zmiana wymiaru godzin nie wymaga podpisania aneksu do umowy.
13. W przypadku potrzeb Zleceniodawcy, Zleceniobiorca zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach medycznych Zleceniodawcy wskazanych przez Zleceniodawcę ze wskazaniem miejsca i czasu ich udzielania.
14. Zapisy umowy odnoszące się do realizacji przedmiotu umowy w Oddziałach Zleceniodawcy mają odpowiednie zastosowanie do wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 13.
15. Przedmiot umowy realizowany jest przez całą dobę, w formie maksymalnie 24-godzinnych dyżurów.
16. Zleceniobiorca oświadcza, że świadczenia zdrowotne wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi podmiotami (w tym z podmiotami leczniczymi) nie będą ograniczały realizacji obowiązków określonych niniejszą umową, jak też nie będą zwiększały kosztów świadczeń stanowiących przedmiot tej umowy.

§ 2

1. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada stosowne uprawnienia do wykonywania zawodu opiekuna medycznego i nie ma po jego stronie przeszkód prawnych do zawarcia niniejszej umowy i wykonywania objętych nią świadczeń zdrowotnych, w szczególności posiada ważne i nie zawieszone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, które nie jest ograniczone w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych.
2. Zleceniobiorca oświadcza, iż nie był karany za wykroczenia zawodowe, jak również obecnie nie toczą się przeciwko niemu żadne postępowanie w tym zakresie.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń opiekuna medycznego będących przedmiotem niniejszej umowy, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.

§ 3

1. Zleceniodawca zobowiązany jest:
 - 1) nieodpłatnie udostępniać Zleceniobiorcy pomieszczenia, sprzęt i aparaturę należącą do Zleceniodawcy wyłącznie do wykonania usług będących przedmiotem niniejszej umowy,
 - 2) zapewniać bieżące naprawy i konserwacje sprzętu i urządzeń niezbędnych do wykonywania usług będących przedmiotem niniejszej umowy,
 - 3) zapewniać bieżące zaopatrzenie w leki, materiały medyczne, preparaty diagnostyczne i inne środki medyczne, a także materiały biurowe niezbędne do bieżącej realizacji zadań wynikających z niniejszej umowy na zasadach obowiązujących u Zleceniodawcy,
 - 4) nieodpłatnie udostępniać pomieszczenia socjalne na terenie siedziby Udzielającego Zamówienia,
 - 5) zapewniać bieżące dostawy energii elektrycznej i ciepłej, dostawy wody, zabezpieczać środki czystości, sprzątanie pomieszczeń na zasadach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.
2. Środki udostępnione przez Zleceniodawcę nie mogą być używane w innych celach niż określone niniejszą umową.
3. Zleceniobiorca ma obowiązek sprawdzenia stanu sprawności aparatury przed jej użyciem, a jeśli awaria aparatury powstanie w trakcie udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne ma obowiązek podjęcia wszelkich działań, które zminimalizują negatywne skutki tej awarii dla zdrowia pacjenta.
4. Zleceniobiorca jest odpowiedzialny materialnie w całości za uszkodzenie rzeczy wymienionych w ust.1, jeżeli używa ich w sposób sprzeczny z właściwościami lub przeznaczeniem(niezgodnie z instrukcją obsługi i przeznaczeniem).
5. Zleceniobiorca nie ponosi odpowiedzialności za naturalne zużycie środków wymienionych w ust. 1 będące następstwem prawidłowego ich używania.
6. W przypadkach sprzecznych ocen, czy uszkodzenie związane jest ze zwykłą eksploatacją, czy jest wynikiem niewłaściwego jej używania, ocenę wykonuje właściwy serwis firmowy. Jeżeli ocena taka potwierdzi winę Zleceniobiorcy, poniesie on koszty jej sporządzenia przez właściwy serwis.

§ 4

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do osobistego i rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się przestrzegać:
 - 1) przepisów określających prawa pacjenta,
 - 2) przepisów obowiązujących w ochronie zdrowia, w szczególności wszelkie przepisy wprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązujące samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a także wszelkich przepisów wewnętrznych obowiązujących u Zleceniodawcy,
3. Zleceniobiorca jest obowiązany do:
 - 1) korzystania w razie uzasadnionej potrzeby z konsultacji specjalistów oraz z badań diagnostycznych wykonywanych w ośrodkach i pracowniach Zleceniodawcy,
 - 2) współpracy z lekarzami, technikami, opiekunami medycznymi oraz pielęgniarkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Zleceniodawcy,
 - 3) prowadzenia na bieżąco dokumentacji medycznej według standardów obowiązujących u Zleceniodawcy, zgodnie z wymogami NFZ, w tym w systemie informatycznym oraz sprawozdawczości statystycznej,
 - 4) pisemnego ustosunkowania się do skargi pacjenta na wykonywane mu świadczenie zdrowotne i przekazanie wyjaśnień do Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych,
 - 5) udziału w pracach Zespołów dotyczących jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych powoływanych przez Zleceniodawcę,
 - 6) informowania Zleceniodawcy o realizacji przyjętego zamówienia na każdy wniosek Zleceniodawcy o udzielenie takiej informacji.,
 - 7) natychmiastowego powiadomienia Zleceniodawcy o awariach sprzętu, który zagraża życiu pacjentów i dołożenia wszelkich starań w celu ograniczenia skutków awarii i innych zdarzeń niepożądanych.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest do:
 - 1) Przedłożenia aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczeń będących przedmiotem umowy. Minimalna suma gwarancyjna w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 (słownie – dwanaście) miesięcy, nie może być mniejsza niż równowartość 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro (słownie – sto pięćdziesiąt tysięcy 00/100) w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, wyrażona w PLN.
 - 2) Ubezpieczeniem OC ma być objęta odpowiedzialność cywilna Zleceniobiorcy na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania tych świadczeń, w których następstwie została wyrządzona szkoda. Ubezpieczenie powinno obejmować również skutki szkód w mieniu, szkody wynikające z naruszenia praw pacjenta, szkody wyrządzone wskutek przeniesienia choroby zakaźnej (HIV, WZW, żółtaczka itp.)
 - 3) Ubezpieczenie OC ma obejmować wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa wyżej bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań.
 - 4) Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego Zleceniobiorca obowiązany jest, na podstawie niniejszej umowy do udzielania świadczeń zdrowotnych.
 - 5) utrzymywania przez okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz zakresu ubezpieczenia,
 - 6) wznawiania umowy ubezpieczeniowej w dniu jej wygaśnięcia oraz dostarczanie kopii tej aktualnej umowy (polisy) do Działu Zatrudnienia i Płac Zleceniodawcy.
 - 7) Kwota, o której mowa w pkt 1, jest ustalana przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC zostaje zawarta.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się przestrzegać zasad uczciwej konkurencji zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 16 kwietnia o Zwalczaniu Nieuczciwej Konkurencji oraz z zapisami Kodeksu

etyki zawodowej pielęgniarki i położnej. Za naruszenie zasad uczciwej konkurencji Strony uważają w szczególności:

- 1) wskazywanie pacjentom Zleceniodawcy innych niż Zleceniobiorca wykonawców usług medycznych w zakresie realizowanym przez Zleceniobiorcę,
 - 2) udzielanie osobom trzecim informacji, których ujawnienie mogłoby być szkodliwe dla interesów Zleceniodawcy.
6. W trakcie trwania umowy Zleceniobiorca we własnym zakresie i na własny koszt zaopatruje się w osobistą standardową odzież ochronną.

§ 5

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy ponoszą solidarnie Zleceniodawca i Zleceniobiorca.
2. W zakresie rozliczeń regresowych między stronami umowy w związku z odpowiedzialnością solidarną, o której mowa w ust. 1 Zleceniodawca nie ponosi odpowiedzialności jeśli szkoda powstała z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy lub też nie ponosi odpowiedzialności w stopniu w jakim szkoda była następstwem przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy. Powyższe oznacza w szczególności, że w przypadku, kiedy Zleceniodawca zapłaci odszkodowanie (w tym zadośćuczynienie) jako dłużnik solidarny, Zleceniodawca będzie uprawniony do żądania od Zleceniobiorcy zwrotu całości lub części zapłaconej przez niego kwoty tytułem takiego odszkodowania (w tym zadośćuczynienia) w zależności od okoliczności, a zwłaszcza od winy Zleceniobiorcy oraz od stopnia, w jakim przyczynił się do powstania szkody.
3. Zleceniodawca uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a Zleceniodawcą, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez Zleceniobiorcę zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.

§ 6

1. Strony ustalają, iż należność z tytułu wykonania wymienionych w Umowie czynności wynosi kwotę**zł brutto** (słownie: zł 00/100) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Stawka, o której mowa w ust. 1, uwzględnia wynagrodzenie przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie Świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1628, ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 2305).
3. Strony umowy dopuszczają możliwość zwiększenia wynagrodzenia za 1 godzinę na zasadach ustalonych w porozumieniu (bądź zarządzeniu) podpisanym / wydanym zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1400, ze zm.), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1628, ze zm.) czy też na podstawie przepisów wprowadzonych w życie po dniu zawarcia niniejszej umowy, regulujących kwestię przeznaczenia dodatkowych środków na wynagrodzenia dla grupy pielęgniarek i położnych.
4. Wynagrodzenie ustalone na zasadach jak w ust. 1, 2 i 3 będzie każdorazowo pomniejszane o zobowiązania publicznoprawne stron umowy cywilnoprawnej.
5. Potwierdzeniem czasu wykonania czynności oraz ilości wykonanych świadczeń określonych w umowie będzie ewidencja godzin, której wzór stanowi załącznik nr 1.
6. Ewidencja godzin, o której mowa w ust. 5, obejmuje okres miesiąca kalendarzowego. Wskazywana jest w niej ilość godzin i minut przepracowanych każdego dnia przez Zleceniobiorcę. W/w ewidencja jest dostarczana Zleceniodawcy przez Zleceniobiorcę najpóźniej ostatniego dnia roboczego miesiąca którego dotyczy. Dane zawarte w/w

ewidencji akceptowane są przez Zleceniodawcę lub osobę przez niego upoważnioną i podlegają kontroli.

7. Wypłata wynagrodzenia będzie realizowana na podstawie rachunku wystawionego z uwzględnieniem czasu pracy wykazanego w ewidencji godzin za poprzedni miesiąc kalendarzowy do 15 następnego miesiąca, w ciągu 14 dni licząc od dnia jego otrzymania przez Zleceniodawcę.
8. Wynagrodzenie ustalone w ust. 1 jest niezmiennie przez okres trwania umowy od dnia zawarcia umowy, z zastrzeżeniem ust. 9 i 10.
9. W przypadku zmiany sytuacji finansowej Zleceniodawcy, strony dopuszczają możliwość zmiany wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, w okresie niezmienności, o której mowa w ust. 8. Zmiany te mogą być wprowadzone po przeprowadzeniu negocjacji za porozumieniem stron.
10. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do potrącania kar wynikających z umowy, jak też kar (innych obciążeń) nałożonych przez np.: NFZ w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w udzielaniu przez Zleceniobiorcę świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, z faktur wystawionych przez Zleceniobiorcę.

§ 7

Zleceniobiorca podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 8

1. Zleceniobiorca przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli ze strony Zleceniodawcy, Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych uprawnionych organów szczególnie w zakresie dostępności i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, gromadzenia dokumentacji medycznej, racjonalnego i oszczędnego gospodarowania sprzętem medycznym ponosząc ryzyko ewentualnych kar.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się poddać kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie wynikającym z niniejszej umowy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Zleceniobiorca przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez organy zewnątrz upoważnione ustawowo do kontrolowania, co do:
 - a) sposobu udzielania świadczeń,
 - b) dokonywania rozliczeń ustalających koszty udzielanych świadczeń i należności za udzielane świadczenia,
 - c) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej związanej z udzielanym świadczeniem zdrowotnym zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest poddać się kontroli przeprowadzanej przez Zleceniodawcę, w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.

§ 9

Zleceniobiorcę obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich opiekunów z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy pod rygorem rozwiązania umowy.

§ 10

1. Zleceniobiorca oświadcza, że nie ciąży na nim wyrok Sądów Powszechnych, ani zawodowych Sądów Pielęgniarskich uniemożliwiający mu wykonanie przedmiotu niniejszej umowy, a w

chwili zawierania umowy nie toczy się przeciwko niemu żadne postępowanie przygotowawcze w w/w zakresie.

2. Zleceniobiorca zobowiązany jest w czasie trwania umowy posiadać szczepienie przeciwko WZW typu B, aktualne badania lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania przedmiotu umowy jak też orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedłożenia Zleceniodawcy aktualnych zaświadczeń z odbytych obowiązujących szkoleń w zakresie bhp.
4. Koszty badań lekarskich i szkoleń, o których mowa w ust. 2 i 3 ponosi Zleceniobiorca.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedkładania Zleceniodawcy zaświadczeń o ukończonych kursach z podnoszenia kwalifikacji zawodowych.
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się w trakcie realizacji umowy przestrzegać obowiązujących przepisów BHP i ppoż. oraz regulaminów wewnętrznych, zarządzeń, procedur, instrukcji i innych przepisów porządkowych, wydanych przez Udzielającego Zamówienia.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta.
8. Zleceniobiorca zobowiązuje się do dbania o pozytywny wizerunek Szpitala Zleceniodawcy.
9. Zleceniobiorca zobowiązuje się do noszenia identyfikatora zawierającego informacje: imię i nazwisko, stanowisko oraz nazwę komórki organizacyjnej.

§ 11

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powyższy wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020 r., poz. 913 z późn. zm.) oraz/lub podlegają ochronie w rozumieniu ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (u.o.d.o) oraz 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, zwanego dalej „RODO”
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się:
 - 1) Nie wykorzystywać baz danych osobowych i zawartych w nich informacji, do celów innych niż wynikające z niniejszej umowy.
 - 2) Zapewnić ochronę powierzonych mu do przetwarzania danych osobowych, w szczególności stosując wymogi wynikające z przepisów RODO i u.o.d.o oraz przyjętych standardów u Zleceniodawcy,
 - 3) Zapewnić aby powierzone dane osobowe nie były wykorzystywane do innych celów niż wynikające z umowy,
 - 4) Przestrzegać zasad poufności, integralności i rozliczalności powierzonych mu danych osobowych.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych, do których uzyska dostęp w związku z realizacją zleconych czynności, przy czym stan tajemnicy obowiązuje zarówno w trakcie trwania Umowy, jak i po jej ustaniu.
4. Jeżeli w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Zleceniobiorcę, Zleceniodawca będzie zobowiązany naprawić szkody osobom trzecim lub też poniesie inne sankcje określone przepisami prawa z winy Zleceniobiorcy, to Zleceniobiorca jest obowiązany zapłacić Zleceniodawcy odszkodowanie rekompensujące poniesioną przez niego szkodę.
5. Zleceniodawca oświadcza, że przetwarza dane osobowe osób fizycznych — pacjentów, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych u tych osób.
6. W celu realizacji niniejszej umowy Zleceniodawca powierza Zleceniobiorcy do przetwarzania dane osobowe pacjentów Zleceniodawcy i personelu Zleceniodawcy.
7. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powyższy wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji lub podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

8. Zleceniobiorca zobowiązuje się w szczególności przestrzegać wszelkich przepisów i wewnętrznych procedur obowiązujących u Zleceniodawcy w celu zapewnienia ochrony danych osobowych.
9. W przypadku naruszenia postanowień ust. 7 i 8 przez Zleceniobiorcę, Zleceniodawca może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym oraz zażądać odszkodowania w wysokości do 5 000,00 (pięć tysięcy złotych) zł z tytułu każdorazowego naruszenia.

§ 12

1. Zleceniodawca wprowadza kary umowne za nieprzestrzeganie lub niewykonywanie postanowień umowy oraz naruszenie praw pacjenta w wysokości: 200,00 PLN (słownie: dwieście złotych) za każdy stwierdzony przypadek:
 - 1) nienależytej realizacji umowy, w szczególności wykazanie w ewidencji większej liczby godzin udzielania świadczeń niż faktycznie udzielono lub realizację świadczeń niezgodnie z określonymi wymogami,
 - 2) nieterminowej realizacji lub braku realizacji zaleceń i wniosków pokontrolnych,
 - 3) obniżenia jakości świadczeń zdrowotnych polegające na braku wymaganych uprawnień osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
 - 4) nieuzasadnionej odmowy udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy lub niestosownego zachowania w stosunku do pacjentów,
 - 5) przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych bez podania przyczyny i bez uzyskania zgody Zleceniodawcy,
 - 6) pobierania nienależnych opłat od pacjenta za świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy,
 - 7) utrudniania przeprowadzenia kontroli osobom działającym w imieniu Zleceniodawcy,
 - 8) braku lub nie w pełni prowadzonej dokumentacji (również w systemie informatycznym),
 - 9) odmówienia udzielania świadczeń zdrowotnych według harmonogramu otrzymanego od Zleceniodawcy.
2. Stosowanie kar umownych jest niezależne od postanowień umowy w zakresie jej rozwiązania z zachowaniem lub bez zachowania okresu wypowiedzenia.
3. Jeżeli wysokość zastosowanych kar umownych nie pokrywa poniesionej szkody, Zleceniodawca zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego.
4. Zleceniobiorca wyraża zgodę na potrącenie nałożonych na niego kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia.

§ 14

Umowa zostaje zawarta na czas określony od r. do r.

§ 15

1. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Zleceniodawca może także wypowiedzieć umowę za tygodniowym okresem wypowiedzenia w przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne w zakresie objętym przedmiotem niniejszej umowy;
 - 2) zmniejszenia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec Udzielającego Zamówienia na kolejny okres rozliczeniowy w zakresie objętym niniejszym umową.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
4. Za rażące naruszenie istotnych postanowień umowy przez Zleceniobiorcę, uprawniające Zleceniodawcę do rozwiązania umowy w trybie, o którym mowa w ust. 3 uznaje się w szczególności naruszenia § 4, § 10 oraz przypadki naruszeń wskazanych w §13 umowy.
5. Umowa może być także rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.

§ 16

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.
2. Strony ustalają, że wszystkie spory, które wynikają z niniejszej umowy postarają się rozstrzygać na drodze polubownej.
3. W przypadku nie osiągnięcia porozumienia każda ze stron ma prawo odwołać się do właściwego sądu powszechnego według siedziby Zleceniodawcy.

§ 17

1. Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Integralną część umowy stanowią załączniki, a ich zmiana jest zmianą umowy.

§ 18

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Zleceniobiorca

Zleceniodawca

.....

.....

Załączniki do umowy:

- Nr 1- Miesięczne sprawozdanie z liczby godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych
- Nr 2- Kopia polisy OC
- Nr 3 – oświadczenie Zleceniobiorcy
- Nr 4 – opis stanowiska pracy

Załącznik nr 1 do umowy
z dnia

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ
WE WŁODAWIE**

Miesiąc..... rok.....

Miejsce: Oddział

Dzień miesiąca	Godziny udzielania świadczeń		Ilość godzin
	od	do	

Zatwierdzam
pod względem merytorycznym

.....
pieczęć i podpis Oddziałowej/Pielęgniarki Koordynującej

.....
Podpis osoby wykonującej świadczenia

Oświadczenie Zleceniobiorcy do umowy na 2024 rok

1. Dane osobowe

Nazwisko Imiona 1. 2.
Imiona rodziców
Data urodzenia Miejsce urodzenia
Nazwisko rodowe Obywatelstwo
PESEL NIP
Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców)
Seria i nr dow. Osob. wydany przez

2. Adres zamieszkania

Województwo Powiat Gmina
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Miejscowość Kod pocztowy Poczta

3. Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)

Województwo Powiat Gmina
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Miejscowość Kod pocztowy Poczta

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT)

Nazwa i adres

5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

5.2. Jestem: emerytem ☐ tak ☐ nie

rencistą ☐ tak ☐ nie

5.3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ☐ tak ☐ nie

Jeśli wpisano TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności

6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

6.1. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X):

☐ Stosunku pracy

☐ Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych

☐ Stosunku służby mundurowej np.: Policja, PSP, ABW, CBA, BOR i pozostałe

☐ Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy

☐ Prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko

☐ Wykonywania pracy nakładczej

☐ Z innego tytułu (określić tytuł)

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczeniu na okres miesiąca jest

(wpisać odpowiednio: niższa, równa, wyższa)

od kwoty wynagrodzenia minimalnego – (od 01.01.2024 r. – 4300,00 zł brutto)

6.2. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż jestem studentem/ucniem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat.

6.3. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż nie jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu.

7. Oświadczenie dla powiatowego urzędu pracy

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ (niewłaściwe przekreślić) w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w.....

8. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego

WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ (niewłaściwe przekreślić) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/chorobowym.

9. Numer rachunku bankowego

.....

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie 5 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

(data i podpis Zleceniobiorcy)

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko									
Rodzaj praktyki					Nr prawa wykonywania zawodu				
Organ prowadzący rejestr					Nr księgi rejestrowej				
Adres zamieszkania									
Kraj		Miejscowość							
Kod pocztowy		Poczta							
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		
E-mail				telefon			fax		
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):									
Kraj		Miejscowość							
Kod pocztowy		Poczta							
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		

III. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację miesięcznego zamówienia udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziałach/Działach Szpitalnych SP ZOZ we Włodawie proponuję stawkę w wysokości:

- 1) zł brutto (słownie: , 00/100) za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych i Izbie Przyjęć w SP ZOZ we Włodawie na stanowisku **opiekun medyczny**

2. Proponowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych wynosi godziny miesięcznie.

W przypadku zapotrzebowania na większą ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

W przypadku zapotrzebowania Szpital na większą ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| - poniedziałek – | od godziny do godziny, |
| - wtorek - | od godziny do godziny, |
| - środa - | od godziny do godziny, |
| - czwartek - | od godziny do godziny, |
| - piątek - | od godziny do godziny, |
| - sobota - | od godziny do godziny, |
| - niedziela - | od godziny do godziny, |

*- wypełnić właściwie do złożonej oferty

IV . Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennność cen.
2. Oferuję termin płatności dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie wynosi lat.
4. Oświadczam, że staż pracy w komórce medycznej wynosi lat.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od daty jej podpisania do dnia r. i do rozpoczęcia udzielania świadczeń z tej umowy wynikających od dnia r.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
11. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem

faktycznym i prawnym.

14. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
15. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Szpital harmonogramem.
16. Posiadam (odpowiednie zaznaczyć)
 - a) Wykształcenie średnie medyczne
 - b) Wykształcenie wyższe medyczne: ° licencjat, ° magister
 - c) Kurs kwalifikacyjny (podać jaki)
 - d) Specjalizację (podać dziedzinę)
17. Preferowana forma umowy:
 - a) umowa zlecenie

V. Do oferty załączam dokumenty (jeżeli nie są w posiadaniu Szpitala lub straciły aktualność):

1. ~~Wykaz personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w imieniu Oferenta, w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Załącznik Nr 1 do Formularza Ofertowego)*.~~
2. ~~Aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*.~~
3. ~~Aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/wyciąg z KRS.~~
4. ~~Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej)*.~~
5. Prawo wykonywania zawodu przyznane przez odpowiednią, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych.
6. Kopia dyplomu
7. Kopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe – w tym posiadane specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji), kursy specjalistyczne, doskonalące i inne świadectwa posiadanych umiejętności:
 - 1)
 - 2)
8. (inne dokumenty – wskazać jakie).

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczętka i podpis
Oferenta)

.....
(miejscowość i data)