

# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Świętochłowicach Sp. z o.o.

ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice  
tel. 032/245 50 41 do 5, tel/fax: 032/245 34 40  
Sąd Rejonowy Katowice-Wschód Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Nr KRS: 0000426290  
Nr NIP: 627-16-69-770  
REGON: 000311450  
Wysokość kapitału zakładowego: 28.170.000,00 zł

Świętochłowice, 06 grudnia 2012 r.

## ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ogłasza konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**część I badań i konsultacji toksykologicznych**  
**część II badań EMG**  
**część III badań USG urologicznych (transrektalnych)**  
**część IV badań rezonansu magnetycznego oraz badań tomografii  
komputerowej dla pacjentów hospitalizowanych**

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
część I badań i konsultacji toksykologicznych  
część II badań EMG  
część III badań USG urologicznych (transrektalnych)  
część IV badań rezonansu magnetycznego oraz badań tomografii komputerowej  
dla pacjentów hospitalizowanych
2. Umowa zostanie zawarta na czas od 01.01.2013 r. – 31.12.2014 r.
3. Ze szczegółowymi warunkami konkursu można się zapoznać w Dziale Organizacyjno – Prawnym – Biurze Zarządu Udzielającego Zamówienie lub na stronie internetowej [www.zoz.net.pl](http://www.zoz.net.pl) w zakładce „ogłoszenia”.
4. Miejsce składania ofert: Sekretariat siedziby udzielającego zamówienie.
5. Termin składania ofert: 17.12.2012 r. godzina 15.00
6. Termin otwarcia ofert 18.12.2012 r.
7. Termin rozstrzygnięcia konkursu 18.12.2012 r.

8. Miejsce ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: strona internetowa Udzielającego Zamówienie: [www.zoz.net.pl](http://www.zoz.net.pl)
9. Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu 21.12.2012 r.
10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
11. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia konkursu w jednym /kilku zakresach lub w całości.

X125

# REGULAMIN KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**część I badań i konsultacji toksykologicznych**

**część II badań EMG**

**część III badań USG urologicznych (transrektalnych)**

**część IV badań rezonansu magnetycznego oraz badań tomografii komputerowej dla pacjentów hospitalizowanych**

## I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112 poz. 654 z późn. zm.) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

## II. Definicje

Ilekroć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

- a) **Udzielającym Zamówienie** – rozumie się przez to Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
- b) **przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
część I badań i konsultacji toksykologicznych  
część II badań EMG  
część III badań USG urologicznych (transrektalnych)  
część IV badań rezonansu magnetycznego oraz badań tomografii komputerowej dla pacjentów hospitalizowanych
- c) **formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
- d) **oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,
- e) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
- f) **oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
- g) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiącą **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
- h) **formularzu cenowym** - rozumie się przez to obowiązujący formularz cenowy przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu,
- i) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

11 2011

### **III. Opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

część I badań i konsultacji toksykologicznych

część II badań EMG

część III badań USG urologicznych (transrektalnych)

część IV badań rezonansu magnetycznego oraz badań tomografii komputerowej dla pacjentów hospitalizowanych

Dokładny opis przedmiotu zamówienia został zawarty w: Załączniku nr 5- wzór umowy oraz w Załączniku nr 6 - formularz cenowy. Ilość badań uzależniona jest od ilości pacjentów i ich dolegliwości. Udzielający zamówienia będzie składał w ciągu trwania umowy zamówienia wg rzeczywistych potrzeb.

### **IV Wymagany termin realizacji**

01.01.2013 r. – 31.12.2014 r.

### **V Wymagania od oferentów**

Oferty mogą składać podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, spełniające wymagania:

- oferenci winni dysponować kadrą medyczną, wyposażeniem w aparaturę medyczną i sprzęt oraz materiałami gwarantującymi świadczenia medyczne na najwyższym możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów;
- świadczenia powinny być wykonywane w lokalach oferenta spełniających wymogi sanitarne i p/poż., w których będą zagwarantowane odpowiednie warunki rejestracji pacjentów, czasu oczekiwania, i świadczeń medycznych;
- oferenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń.

### **VI Termin związania ofertą**

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

### **VII Zawartość oferty**

Oferta musi zawierać

- a) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
- b) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2,
- c) kopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie – załącznik nr 3,
- d) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
- e) zaakceptowany dla danej części - załącznik nr 5,
- f) wypełniony formularz cenowy - Załącznik nr 6,
- g) oświadczenie oferenta o posiadaniu właściwych uprawnień, aparatury i sprzętu medycznego oraz personelu niezbędnych do realizacji zamówienia, które powinno być wykonywane terminowo zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.

### **VIII Informacje dotyczące warunków składania ofert**

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.

2. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na wybraną część / części lub całość przedmiotu konkursu odpowiednio odznaczając wybrany zakres / zakresy w ofercie.
3. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
5. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
6. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie.

- **opis koperty:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach  
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Chorzowska 38  
41 – 605 Świętochłowice

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
dla części I badań i konsultacji toksykologicznych  
dla części II badań EMG  
dla części III badań USG urologicznych (transrektalnych)  
część IV badań rezonansu magnetycznego oraz badań tomografii komputerowej  
dla pacjentów hospitalizowanych

data .....

nazwa i adres oferenta .....

**IX Miejsce i termin składania ofert:**

1. Oferty należy składać w sekretariacie siedziby udzielającego zamówienie do dnia 17.12.2012 r. do godziny 15.00
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

**X Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin rozstrzygnięcia konkursu: 18.12.2012 r.

**XI Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:**

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. ([www.zoz.net.pl](http://www.zoz.net.pl));
- tablica ogłoszeń udzielającego zamówienia.

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 21.12.2012 r.

**XII Kryteria oceny ofert:**

1. Kryterium oceny ofert – cena 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.

3. cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku.

### **XIII Skargi i protesty**

Oferentowi przysługują środki odwoławcze i skarga zgodnie z art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112 poz. 654 z późn. zm.).

**FORMULARZ OFERTOWY  
W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu ..... 2012 roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290.

1. Podstawa prawna:
  - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.11.112.654 z późn. zm.).
  - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
2. Data złożenia oferty: .....2012 roku.

Dane oferenta	
	<p>Nazwa i siedziba podmiotu / imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Adres: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Numer wpisu do właściwego rejestru:.....</p> <p>Organ dokonujący wpisu do rejestru:.....</p>

**Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie / zakresach:**

.....

.....

Podpis i pieczęć oferenta	

**OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA**

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

NIP ..... REGON .....

Tel. kontaktowy .....

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem .....
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- Nie dotyczy

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

\* wypełnić właściwie



**OŚWIADCZENIE**

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopia aktualnej polisy / polis OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 7 dni od daty podpisania umowy.

11 48

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam / em się z warunkami konkursu, zdobyłam / em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpiszę umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.



- WZÓR UMOWY-  
UMOWA ...../ORG/P/2013

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Zawarta dnia ..... roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450

reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego

Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: **Udzielającym Zamówienia.**

a

.....  
z siedzibą w ..... kod ( - ), przy ulicy.....  
wpisanym do .....prowadzonym przez .....  
pod numerem: .....  
reprezentowanym przez:

.....

zwanego w dalszej części umowy: **Przyjmującym Zamówienie.**

§ 1

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  **badań i konsultacji toksykologicznych.**

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w §1 oraz, że badania i konsultacje toksykologiczne wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.
4. Przyjmujący Zamówienie wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.

11 18

5. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

### § 3

Świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez fachowy personel medyczny w liczbie nie mniejszej niż ..... osób.

### § 4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 jest indywidualne skierowanie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienia bez względu na formę zatrudnienia.
2. Skierowanie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w ..... przy ul. ...., w terminie wcześniej uzgodnionym w rejestracji zakładu Przyjmującego Zamówienie (telefonicznie lub osobiście).
4. Materiał do badania będzie przesłany przez Udzielającego Zamówienia zgodnie z procedurą pobrania i transportu materiału biologicznego do badań toksykologicznych, obowiązującą w siedzibie Przyjmującego Zamówienie.
5. W przypadku udzielenia lekarzowi Udzielającego Zamówienia konsultacji toksykologicznej, przez lekarza toksykologa Przyjmującego Zamówienie, naliczona będzie kwota zgodnie z cennikiem badań i konsultacji stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
6. Wykonywane badania realizowane są niezwłocznie po przyjęciu do badania materiału biologicznego.
7. W stanach nagłych Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania badania w trybie całodobowym po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym.
8. Wynik badania toksykologicznego będzie przekazany natychmiast po przeprowadzeniu badania faksem lub na numer podany przez Udzielającego Zamówienia oraz dodatkowo listem poleconym za opłatą zgodną z cennikiem usługi Poczty Polskiej.
9. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienie wymaganej na piśmie pod rygorem nieważności.

### § 5

1. Cennik badań toksykologicznych oraz konsultacji stanowi załącznik numer 1 do niniejszej umowy będący jej integralną częścią.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto i stanowią podstawę do obliczenia zapłaty za przedmiot umowy.

### § 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następowała w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty doręczenia faktury.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów

J1 1/18

gwarancyjnych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

#### § 7

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia.
2. W przypadku nieregulowania w terminie należności za trzy kolejne okresy rozliczeniowe Przyjmujący Zamówienie ma prawo rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym.
3. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
4. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez jedną ze stron pomimo dwukrotnego pisemnego upomnienia.

#### § 8

1. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do ochrony danych osobowych i zachowania w tajemnicy postanowień i brzmienia niniejszej umowy.
2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać od przyjmującego zamówienie zapłaty kary umownej w wysokości 5.000 zł.
3. Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku naruszenia zakazu określonego w § 6 ust., 5.

#### § 9

Umowa została zawarta na okres od 01 stycznia 2013 roku do 31 grudnia 2014 roku.

#### § 10

Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

#### § 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

#### § 12

Spory mogące wynikać na tle realizacji umowy rozpoznawane będą przez sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

#### § 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

PRYBORA PRACOWNIKI  
Dariusz Skłodowski  
(NIP 1500)

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

Prezes Zarządu

Dariusz Skłodowski

11 8

Cennik świadczeń zdrowotnych  
obowiązujący od .....

- 1.
- 2.
- 3.
- ...
- ...
- ...
- ...

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL pacjenta	Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych	Imię i nazwisko lekarza kierującego	Nazwa komórki kierującej	Cena jednostkowa (brutto) wykonanego świadczenia

WARTOŚĆ RAZEM:

H1/21

- WZÓR UMOWY -  
UMOWA ...../ORG/P/2013

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Zawarta dnia ..... roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450

reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego

Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: **Udzielającym Zamówienia.**

a

.....  
z siedzibą w ..... kod ( - ), przy ulicy.....

wpisanym do ..... prowadzonym przez .....

pod numerem: .....

reprezentowanym przez:

.....

zwanego w dalszej części umowy: **Przyjmującym Zamówienie.**

§ 1

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  **badań EMG.**

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w §1 oraz, że badania EMG wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.
4. Przyjmujący Zamówienie wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.
5. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.



#### § 4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 jest indywidualne skierowanie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienia bez względu na formę zatrudnienia.
2. Skierowanie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w ..... przy ul. ...., w terminie wcześniej uzgodnionym w rejestracji zakładu Przyjmującego Zamówienie (telefonicznie lub osobiście).
4. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienie wymaganej na piśmie pod rygorem nieważności.

#### § 5

1. Cennik świadczeń zdrowotnych o których mowa w §1 stanowi załącznik numer 1 do niniejszej umowy będący jej integralną częścią.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto i stanowią podstawę do obliczenia zapłaty za przedmiot umowy.

#### § 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następować w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty doręczenia faktury.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, godnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

#### § 7

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia.
2. W przypadku nieregulowania w terminie należności za trzy kolejne okresy rozliczeniowe Przyjmujący Zamówienie ma prawo rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym.
3. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
4. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez jedną ze stron pomimo dwukrotnego pisemnego upomnienia.

#### § 8

1. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do ochrony danych osobowych i zachowania w tajemnicy postanowień i brzmienia niniejszej umowy.

2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać od przyjmującego zamówienie zapłaty kary umownej w wysokości 5.000 zł.
3. Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku naruszenia zakazu określonego w § 6 ust., 5.

#### § 9

Umowa została zawarta na czas od 01.01.2013 r. do 31.12.2014 r.

#### § 10

Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga zgody obu stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

#### § 12

Spory mogące wynikać na tle realizacji umowy rozpoznawane będą przez sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

#### § 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

RADCA PRAWNY  
Ewa Skłodowska  
(KRS 14500)

Prezes Zarządu  
Dariusz Skłodowski

Cennik świadczeń zdrowotnych  
obowiązujący od .....

- 1.
- 2.
- 3.

.....

.....

.....

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych	Imię i nazwisko lekarza kierującego	Nazwa komórki kierującej	Cena jednostkowa (brutto) wykonanego świadczenia

WARTOŚĆ RAZEM:

*J. P.*

- WZÓR UMOWY -  
UMOWA ...../ORG/P/2013

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**  
Zawarta dnia ..... roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450

reprezentowanym przez:  
Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego  
Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: **Udzielającym Zamówienia.**

a

.....  
z siedzibą w ..... kod ( - ), przy ulicy.....  
wpisanym do .....prowadzonym przez .....  
pod numerem: .....  
reprezentowanym przez:

.....  
zwanego w dalszej części umowy: **Przyjmującym Zamówienie.**

§ 1

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  **badań USG urologicznych (transrektalnych).**

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w §1 oraz, że badania USG urologiczne (transrektalne) wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.
4. Przyjmujący Zamówienie wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.

5. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

### § 3

Świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez fachowy personel medyczny w liczbie nie mniejszej niż ..... osób.

### § 4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 jest indywidualne skierowanie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienia bez względu na formę zatrudnienia.
2. Skierowanie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w ..... przy ul. ...., w terminie wcześniej uzgodnionym w rejestracji zakładu Przyjmującego Zamówienie (telefonicznie lub osobiście).
5. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienie wymaganej na piśmie pod rygorem nieważności.

### § 5

1. Cennik świadczeń zdrowotnych o których mowa w §1 stanowi załącznik numer 1 do niniejszej umowy będący jej integralną częścią.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto i stanowią podstawę do obliczenia zapłaty za przedmiot umowy.

### § 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następować w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty doręczenia faktury.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

### § 7

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia.
2. W przypadku nieregulowania w terminie należności za trzy kolejne okresy rozliczeniowe Przyjmujący Zamówienie ma prawo rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym.
3. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.

4. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez jedną ze stron pomimo dwukrotnego pisemnego upomnienia.

#### § 8

1. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do ochrony danych osobowych i zachowania w tajemnicy postanowień i brzmienia niniejszej umowy.
2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać od przyjmującego zamówienie zapłaty kary umownej w wysokości 5.000 zł.
3. Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku naruszenia zakazu określonego w § 6 ust., 5.

#### § 9

Umowa została zawarta na czas od 01.01.2013 r. do 31.12.2014 r.

#### § 10

Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga zgody obu stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

#### § 15

Spory mogące wynikać na tle realizacji umowy rozpoznawane będą przez sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

#### § 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

**Prezes Zarządu**  
*Dariusz Skłodowski*

**RADCA PRAWNY**  
*Ewa Skłodowska*  
(K1 1500)

*JK*

Cennik świadczeń zdrowotnych  
obowiązujący od .....

- 1.
- 2.
- 3.

.....

.....

.....

118



Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych	Imię i nazwisko lekarza kierującego	Nazwa komórki kierującej	Cena jednostkowa (brutto) wykonanego świadczenia

WARTOŚĆ RAZEM:

Ji W

**- WZÓR UMOWY -**  
**UMOWA ...../ORG/P/2013**

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Zawarta dnia ..... roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450

reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego

Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: Udzielającym Zamówienia.

a

.....  
z siedzibą w ..... kod ( - ), przy ulicy.....  
wpisanym do .....prowadzonym przez .....  
pod numerem: .....  
reprezentowanym przez:

zwanego w dalszej części umowy: Przyjmującym Zamówienie.

**§ 1**

Przedmiotem umowy jest całodobowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: badań **Tomografii Komputerowej (TK) i Rezonansu Magnetycznego (MR).**

**§ 2**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w §1 oraz, że badania Tomografii Komputerowej oraz Rezonansu Magnetycznego wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.
4. Przyjmujący Zamówienie wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.
5. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

JH W

6. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa o obszarze i sposobie wykonywania badań decyduje lekarz radiolog – dotyczy to zwłaszcza badań z kontrastem i badań dynamicznych. Udzielający Zamówienia przyjmuje do wiadomości i wyraża zgodę na ewentualną zmianę sposobu i/lub zakresu badania w przypadkach, o których mowa powyżej, a tym samym wyraża zgodę na zmianę ceny badania w uzasadnionych przypadkach.

### § 3

Świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez fachowy personel medyczny w liczbie nie mniejszej niż ..... osób.

### § 4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 jest indywidualne skierowanie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienia bez względu na formę zatrudnienia.
2. Skierowanie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w ..... przy ul. ...., w terminie wcześniej uzgodnionym w rejestracji zakładu Przyjmującego Zamówienie (telefonicznie lub osobiście).
4. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienie wymaganej na piśmie pod rygorem nieważności.
5. Wynik badań będą odbierane w siedzibie Przyjmującego Zamówienie w terminie:
  - 24 godziny dla pacjentów hospitalizowanych;
  - dla badań „cito” bezpośrednio po badaniuchyba, że zastosowana technika badania wymaga dłuższego czasu.

### § 5

1. Cennik świadczeń zdrowotnych o których mowa w §1 stanowi załącznik numer 1 do niniejszej umowy będący jej integralną częścią.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto i stanowią podstawę do obliczenia zapłaty za przedmiot umowy.

### § 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następować w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty doręczenia faktury.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

### § 7

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia.

2. W przypadku nieregulowania w terminie należności za trzy kolejne okresy rozliczeniowe Przyjmujący Zamówienie ma prawo rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym.
3. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
4. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez jedną ze stron pomimo dwukrotnego pisemnego upomnienia.

#### § 8

1. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do ochrony danych osobowych i zachowania w tajemnicy postanowień i brzmienia niniejszej umowy.
2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie przyjmującego zamówienie, udzielający zamówienia ma prawo żądać od przyjmującego zamówienie zapłaty kary umownej w wysokości 5.000 zł.
3. Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku naruszenia zakazu określonego w § 6 ust 5.

#### § 9

Umowa została zawarta na czas od 01.01.2013 r. do 31.12.2014 r.

#### § 10

Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga zgody obu stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

#### § 12

Spory mogące wynikać na tle realizacji umowy rozpoznawane będą przez sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

#### § 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

**RADCA PRAWNY**  
  
Ewa Skłodowska  
(NIP 1800)

**Prezes Zarządu**  
  
**Dariusz Skłodowski**



Załącznik nr 1 do umowy ...../ORG/P/2012

Cennik świadczeń zdrowotnych realizowanych  
dla pacjentów hospitalizowanych  
obowiązujący od .....

- 1.
- 2.
- 3.

.....

.....

.....

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych	Imię i nazwisko lekarza kierującego	Nazwa komórki kierującej	Cena jednostkowa (brutto) wykonanego świadczenia

WARTOŚĆ RAZEM:

