

**REGULAMIN  
KONKURSU OFERT**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie  
pielęgniarstwa w tym pełnienia funkcji Pielęgniarki  
Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych  
w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka  
z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych**

**I. Informacje ogólne**

1. Konkurs ofert przeprowadzany jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018, poz. 2190) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018, poz. 1510).
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

**II. Definicje**

Ilekcroć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

- a) **Udzielającym Zamówienia** – 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 pielęgniarstwa w tym pełnienia funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. dla osób fizycznych ,
- c) **formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
- d) **oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,\*
- e) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, 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 Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
- g) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia badań lekarskich oraz szkolenia bhp i p/poż** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
- h) **oświadczeniu o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu,\*
- i) **oświadczeniu o planowanej średniej liczbie godzin pracy w tygodniu w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu,
- j) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiącą **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu,
- k) **klauzula informacyjna z art. 13. RODO** – rozumie się przez to obowiązujący formularz informacyjny opracowany przez Udzielającego Zamówieni stanowiącą **Załącznik nr 9** do niniejszego Regulaminu,

l) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert osoby fizyczne, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, będące osobami fizycznymi.

### **III a) Opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **pielęgniarstwa w tym pełnienia funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych.

### **III b) Szczegółowe Wymagania związane z realizacją przedmiotu zamówienia:**

1. Poprzez podpisanie niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie przyjmuje w szczególności następujące obowiązki:
  - a) pełnienie funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych.
  - b) organizowanie pracy podległego personelu pod względem zapewnienia całodobowej opieki nad chorym,
  - c) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi zakładu,
  - d) nadzór nad zapewnieniem chorym odpowiednich warunków bytowych w szpitalu,
  - e) nadzór nad zaopatrzeniem oddziału w niezbędny sprzęt, leki i materiały,
  - f) nadzór nad utrzymaniem w prawidłowym stanie wyposażenia zarówno medycznego jak i gospodarczego znajdującego się w oddziale,
  - g) pełnienie funkcji koordynatora dyżurującego zespołu pielęgniarskiego,
  - h) nadzór nad pielęgowaniem pacjentów wg planu opieki,
  - i) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia,
  - j) nadzór nad podawaniem leków,
  - k) nadzór oraz czynny udział w planowaniu indywidualnej opieki nad pacjentem,
  - l) nadzór nad realizowaniem świadczeń diagnostycznych, zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych,
  - m) nadzór nad przygotowaniem pacjentów do badań i asystowanie,
  - n) nadzór nad pobieraniem materiałów do badań diagnostycznych,
  - o) przestrzeganie zasad dotyczących żywienia pacjentów,
  - p) prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej i nadzór nad nią,
  - q) terminowe wykonywanie zleceń lekarskich dotyczących procesu leczenia,
  - r) edukowanie pacjentów i ich rodzin,
  - s) realizowanie programu zapobiegania i zwalczania zakażeń zakładowych,
  - t) dbanie o adaptację pacjentów w oddziale,
  - u) nadzór nad wysoką jakością udzielanych świadczeń pielęgniarskich/położniczych,
  - v) przestrzeganie praw pacjenta i etyki zawodowej,
  - w) nadzór nad prawidłowym postępowaniem z lekami, materiałem i sprzętem medycznym,
  - x) przestrzeganie zaleceń dotyczących zakazu nieodpowiedniego i mało oszczędnego gospodarowania przydzielonymi środkami,
  - y) przestrzeganie zachowania czystości na stanowisku pracy,
  - z) poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia pracy w oddziale oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń,
  - aa) zapoznawanie się na bieżąco z obowiązującymi przepisami procedurami, instrukcjami i stosowanie się do ich treści,
  - bb) w realizacji zadań współpracowanie z personelem oddziału, bezpośrednim przełożonym, lekarzami, pracownikami innych komórek organizacyjnych i służbami pomocniczymi,
  - cc) uczestniczenie w pracach zespołów terapeutycznych, informowanie przełożonych o ważnych wydarzeniach w oddziale,
  - dd) przekazywanie pacjentowi i/lub osobie upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, istotnych informacji w zakresie procesu pielęgnowania,
  - ee) samokształcenie,

- ff) uczestniczenie w szkoleniach wewnątrzzakładowych i na polecenie przełożonego przygotowanie i prowadzenie szkolenia,
- gg) podnoszenie swoich kwalifikacji i umiejętności zawodowych w szkoleniach zewnętrznych,
- hh) uczestniczenie w adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników, słuchaczy/studentów szkół medycznych.
2. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
  3. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienia jak również przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
  4. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
  5. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu Informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
  6. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji przyjętego zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie Udzielającego Zamówienia.
  7. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.
  8. Przyjmujący Zamówienie wykonuje inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami nie objęte niniejszym zakresem, a zlecone przez przełożonego.

#### **IV. Wymagany termin realizacji**

08.07.2019 r. - 31.12.2020 r.

#### **V. Wymagania od oferentów**

Oferty mogą składać osoby spełniające wymagania:

1. Warunek wymagany:
  - prawo wykonywania zawodu pielęgniarki / pielęgniarsza oraz dyplom ukończenia szkoły – udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty.
  - działalność gospodarcza lub umowa zlecenie – zatrudnienie w innym podmiocie w pełnym wymiarze czasu pracy na podstawie umowy o pracę.
  - licencjat lub magister pielęgniarstwa.
2. Do konkursu nie może przystąpić osoba, która świadczy usługi dla Udzielającego Zamówienie w identycznym zakresie w wymaganym terminie realizacji (08.07.2019 r. - 31.12.2020 r.)
3. Mile widziane:
  - specjalizacja
  - kurs – resuscytacja krążeniowo – oddechowa;
  - kurs – przetaczanie krwi i jej składników;
  - kurs – wykonanie i interpretacja zapisów EKG;
  - kurs – pielęgniarstwo ratunkowe;
  - inne kursy;

- szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,
- doświadczenie w zarządzaniu personelem.

## **VI. Termin związania ofertą**

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

## **VII. Zawartość oferty**

Oferta musi zawierać:

- 1) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
- 2) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2\*,
- 3) kopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie – załącznik nr 3,
- 4) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
- 5) oświadczenie dotyczące lekarskich badań profilaktycznych oraz wymaganych szkoleń – załącznik nr 5,
- 6) oświadczenie o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych - załącznik nr 6\*,
- 7) oświadczeniu o planowanej średniej liczbie godzin pracy w tygodniu w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. – załącznik nr 7
- 8) zaakceptowany dla danej części - załącznik nr 8 – „wzór umowy”,
- 9) zaakceptowana klauzula informacyjna z art.13 RODO - załącznik nr 9.
- 10) kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje (w przypadku oferentów składających kserokopie we wcześniejszych postępowaniach, dopuszcza się złożenie oświadczenia, iż kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje są już w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.).

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

- 1) Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
- 2) Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 3) Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
- 4) Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
- 5) 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: **pielęgniarstwa w tym pełnienia funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

data .....

nazwa i adres oferenta .....

## **IX. Miejsce i termin składania ofert:**

Oferty należy składać w sekretariacie siedziby Udzielającego Zamówienia do dnia 01.07.2019 roku do godziny 15.00

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 05.07.2019 roku

**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));

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 05.07.2019 roku

**XII. Kryteria oceny ofert:**

1. Kryterium oceny ofert:

1) cena – 100%

2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, spełniającego wszystkie warunki wymagane określone w pkt V

3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do negocjacji cen wszystkich ofert.

4. Oferta musi zawierać ostateczną wartość brutto obejmującą wszystkie koszty.

5. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku wg tabeli:

<b>L. p.</b>	<b>Zakres</b>	<b>Cena jednostkowa brutto</b>
<b>1.</b>	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych zakresie pielęgniarstwa w tym pełnienia funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. bez różnicowania na dni robocze oraz ustawowo wolne.	..... zł <b>brutto</b> słownie (..... złoty brutto 00/100)

**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 (t.j. Dz. U. z 2018, poz. 1510) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( t.j. Dz. U. z 2018, poz. 2190).

**XIV. Dodatkowe informacje**

1. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania.
3. Dział Organizacyjno – Prawny, Biuro Zarządu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. udziela informacji jedynie w zakresie merytorycznym, nie uczestniczy w jakimkolwiek stopniu w przygotowywaniu ofert, wypełnianiu formularzy, bądź kserowaniu dokumentów oferentów.

**\* dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą**

**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 ..... 2019 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, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450.

## 1. Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018, poz. 2190).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018, poz. 1510)

2. Data złożenia oferty: .....2019 roku.

3. Proponowana kwota należności:

L. p.	Zakres	Cena jednostkowa brutto
1.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych zakresie pielęgniarstwa w tym pełnienia funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. bez zróżnicowania na dni robocze oraz ustawowo wolne.	..... zł brutto słownie (..... złotych brutto 00/100)

Dane oferenta	
	Nazwa oferenta: ..... .....
	Adres: ..... .....

**Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w tym pełnienia funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.**

<b>Podpis i pieczęć oferenta</b>	
----------------------------------	--

**OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA**

Nazwa oferenta: .....

.....

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\*:

- rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- 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**

Nazwa oferenta: .....

.....

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.

Data.....

.....  
podpis / pieczęć oferenta

**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 podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 8.

Data.....

.....  
podpis / pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Nazwa oferenta: .....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopie aktualnych badań lekarskich oraz szkoleń bhp i p/poż zostaną dostarczone przeze mnie w terminie do 7 dni od daty podpisania umowy, wraz z oryginałem celem potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez pracownika Udzielającego Zamówienia.

Data.....

.....  
podpis / pieczęć oferenta



**OŚWIADCZENIE**

Nazwa oferenta:.....

.....

Adres.....

Oświadczam, iż w ramach prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszym postępowaniu oraz, iż w przypadku zawarcia umowy określonej w załączniku nr 8 nie zawrę odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Data.....

.....  
podpis / pieczęć oferenta

Podstawa prawna: art.132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2018 poz.1510)

.....

**OŚWIADCZENIE**

Nazwa oferenta: .....

.....

Adres.....

Deklaruję gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych u udzielającego zamówienie w zależności od zgłoszonych przez niego potrzeb, w wymiarze nie mniejszym niż ..... godzin tygodniowo (średni tygodniowy wymiar czasu pracy).

Data.....

.....  
podpis / pieczęć oferenta

**- WZÓR UMOWY -**  
**UMOWA NR /RO/K/2019**  
**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Zawarta dnia .....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:

.....  
.....

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

**a**

**Panem/ią** ..... **zamieszkałym/ą**  
**w** ..... (kod: - ), **przy ul.** .....,  
**numer ewidencyjny PESEL:** ....., **który/a prowadzi**  
**działalność gospodarczą pod firmą:** „.....”,  
**zwanym/ą w dalszej części umowy: Przyjmującym Zamówienie.**

**§ 1**

**Oznaczenie stron umowy**

1. Udzielającym Zamówienia jest 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 w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450.
2. Przyjmującym Zamówienie jest Pan/i ..... prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą:”.....”\*\*
3. Przyjmującym Zamówienie jest osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych.\*\*
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych i legitymuje się nabyciem kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych.

**§ 2**

**Określenie przedmiotu umowy**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania zadań Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie, a Udzielający Zamówienia do zapłaty ze środków publicznych za wykonanie zamówienia.

**§ 3**

**Określenie zakresu świadczeń zdrowotnych**

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje Przyjmującego Zamówienie do profesjonalnego wykonywania zadań Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, tj.: udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **pielęgniarstwa w tym pełnienia funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, rozumianych w szczególności, jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu

lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

3. Przyjmujący Zamówienie nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
4. Przyjmujący Zamówienie nie może odmówić udzielenia konsultacji i pomocy / współpracy innym osobom wykonującym świadczenia zdrowotne u udzielającego zamówienie, także w innych jednostkach i / lub komórkach organizacyjnych.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza iż, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej nie ma zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszej umowie oraz, iż nie zawarł odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.\*
6. Przyjmujący Zamówienie deklaruje gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia w zależności od zgłoszonych przez niego potrzeb, w wymiarze nie mniejszym niż ..... godzin tygodniowo (średni tygodniowy wymiar czasu pracy).
7. W przypadku gdyby ilość godzin o której mowa w ust. 6 uległa zmianie (zwiększenie lub zmniejszenie) nie będą zgłaszała/ zgłaszał roszczeń z tego tytułu do Udzielającego Zamówienia.
8. W przypadku, gdyby z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, nie doszło do udzielenia świadczenia wpisanego w harmonogramie i niezapewnienia zastępstwa, Udzielający Zamówienie może obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną równoważną wartości tych godzin zaplanowanych w harmonogramie

#### **§ 4**

##### **Określenie sposobu zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu podawania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych**

1. Sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godziny udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposób podawania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych określa regulamin organizacyjny Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
2. Podpisanie niniejszej umowy stanowi zobowiązanie do przestrzegania regulaminu organizacyjnego, o którym mowa w ust.1 oraz instrukcji i procedur obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest odbyć odpowiednie szkolenie BHP przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest poddać się we własnym zakresie badaniom profilaktycznym oraz złożyć w siedzibie Udzielającego Zamówienie odpowiednie zaświadczenie lekarskie, potwierdzające odbycie z pozytywnym skutkiem takich badań.

#### **§ 5**

##### **Określenie możliwości wykonywania udzielonego zamówienia przez osobę trzecią**

1. Przyjmujący Zamówienie nie może z zastrzeżeniem ust.2 wykonywać Udzielonego Zamówienia przez osobę trzecią. Tym samym przyjmuje się, iż osobą udzielającą określonych w umowie świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju jest Przyjmujący Zamówienie.
2. Powierzenie wykonywania zamówienia osobie trzeciej wymaga zgody Udzielającego Zamówienia na piśmie pod rygorem nieważności i może mieć miejsce tylko w uzasadnionych przypadkach.

## § 6

### **Określenie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia**

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie Udzielonego Zamówienia i podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż posiada ważną polisę / polisy ubezpieczenia OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany dostarczyć Udzielającemu Zamówienia dokument polisy / dokumenty polis w ciągu 7 dni od dnia podpisania niniejszej umowy.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest utrzymywać ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 2, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa przez cały czas trwania umowy.
5. W przypadku wniesienia przeciwko Udzielającemu Zamówienie pozwu związanego z zakresem udzielonego zamówienia, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się czynnie wspomagać na każdym etapie postępowania (udzielać wyjaśnień, pisemnych konsultacji) Udzielającego Zamówienia.

## § 7

### **Określenie czasu, na który umowa została zawarta**

Umowę zawiera się na czas określony od dnia .....do .....

## § 8

### **Określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia**

1. Strony zgodnie ustalają, iż przyjmują następujący sposób kalkulacji należności, tj. Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał kwotę ..... zł brutto (słownie: ..... złotych 00/100) brutto za każdą godzinę realizacji zamówienia bez zróżnicowania na dni robocze oraz dni ustawowo wolne.
2. Strony zgodnie ustalają, iż Przyjmujący Zamówienie otrzyma dodatkowe wynagrodzenie brutto, w przeliczeniu na równoważnik etatu w danym miesiącu do wysokości środków uzyskanych i zapłaconych przez NFZ. Podstawą wypłaty dodatkowego wynagrodzenia będzie ujęcie go jako odrębną pozycję na fakturze wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie lub ujęcie w osobnej fakturze, § 9 stosuje się odpowiednio.\*
3. Strony zgodnie ustalają, iż Przyjmujący Zamówienie otrzyma dodatkowe wynagrodzenie wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na równoważnik etatu w danym miesiącu do wysokości środków uzyskanych i zapłaconych przez NFZ. Podstawą wypłaty dodatkowego wynagrodzenia będzie odrębny rachunek / faktura lub pozycja na rachunku / fakturze wystawionym przez Przyjmującego Zamówienie. § 9 stosuje się odpowiednio.\*\*
4. Kwoty o których mowa w ust. 1 - 2 stanowią całkowitą należność za udzielanie świadczeń zdrowotnych.
5. Strony dopuszczają możliwość renegotjacji warunków umowy po uzyskaniu zwiększonego kontraktu z NFZ.

## § 9

### **Ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności**

1. Ustala się miesięczny okres rozliczeń należności z tytułu realizacji przyjętego zamówienia.
2. Należność z tytułu realizacji przyjętego zamówienia będzie wypłacana na podstawie przedłożonej przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowej faktury / rachunku wraz z zatwierdzonymi przez Pielęgniarkę Naczelną – załącznikami - „potwierdzeniem realizacji przyjętego zamówienia”, których wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Fakturę/rachunek należy złożyć nie wcześniej niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie nie prowadzi działalności gospodarczej, upoważnia on Udzielającego Zamówienie do dokonania stosownych potrąceń z tytułu składek

- ZUS oraz potrąceń podatku dochodowego (na podstawie złożonego przez Przyjmującego Zamówienie oświadczenia), zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.\*\*
5. Należność przysługująca Przyjmującemu Zamówienie zostanie przelana na rachunek bankowy wskazany na fakturze / rachunku / oświadczeniu w terminie do 30 dni od daty doręczenia dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
  6. Przyjmujący Zamówienie pod rygorem uznania czynności za bezskuteczną nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych lub innych w trybie Kodeksu cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

## **§ 10**

### **Ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia**

1. Strony uznają, iż zamówienie będzie realizowane na podstawie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalanego każdorazowo dla miesięcznego okresu rozliczeniowego.
2. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1 określać będzie dla stron niniejszej umowy, dni i godziny realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Zmiany w harmonogramie, o którym mowa w ust. 1 będą każdorazowo zgłaszane w formie pisemnej Udzielającemu Zamówienie i będą wymagały zgody udzielającego zamówienie.
4. Zmiany w miesięcznym harmonogramie mogą być dokonane wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.
5. Uzyskanie zgody, o której mowa w ust. 4 winno być poprzedzone złożeniem przez Przyjmującego Zamówienie pisemnego wniosku o wprowadzenie zmian do harmonogramu.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5 uznaje się za skutecznie złożony, wyłącznie w sytuacji, gdy data wpływu do sekretariatu Udzielającego Zamówienie przypada co najmniej na 7 dni przed dniem spełnienia świadczenia, licząc od dnia przypadającego na dzień spełnienia świadczenia.
7. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody przez osobę zastępującą Przyjmującego Zamówienie, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.

## **§ 11**

### **Postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia**

1. Strony zastrzegają możliwość rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Przyjmujący Zamówienie jest uprawniony do wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem 2 tygodniowego okresu wypowiedzenia w przypadku gdy Udzielający Zamówienia będzie zalegał z płatnością co najmniej 2 faktur / 2 rachunków wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie.
3. Udzielający Zamówienia jest uprawniony do wypowiedzenia niniejszej umowy w trybie natychmiastowym bez wypowiedzenia w przypadku gdy:
  - a) Przyjmujący Zamówienie został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca,
  - b) Przyjmujący Zamówienie w sposób niewłaściwy wykonuje przedmiot umowy pomimo 1 – krotnego pisemnego upomnienia,
  - c) Przyjmujący Zamówienie nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w § 6 niniejszej umowy,
  - d) Przyjmujący Zamówienie utracił prawo wykonywania zawodu lub został zawieszony w prawie wykonywania zawodu przez właściwy organ,
  - e) Przyjmujący Zamówienie powierzył wykonanie umowy osobom trzecim bez uzyskania zgody Udzielającego Zamówienia,
  - f) Przyjmujący Zamówienie nie rozpocznie wykonywania świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1 niniejszej umowy,

- g) Przyjmujący Zamówienie jest nieobecny przez okres co najmniej 1 miesiąca bez wiedzy i zgody Udzielającego Zamówienie.
- h) Przyjmujący Zamówienie bez zgody i wiedzy Udzielającego Zamówienie nie wykonuje świadczeń do wykonywania których się wcześniej zobowiązał w dniach określonych w harmonogramie o którym mowa w § 10 ust. 2.

## **§ 12**

### **Prawa i obowiązki przyjmującego oraz udzielającego zamówienie**

1. Poprzez podpisanie niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się pełnienia funkcji Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością przyjmuje następujące obowiązki:
  - a) organizowanie pracy podległego personelu pod względem zapewnienia całodobowej opieki nad chorym,
  - b) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi zakładu,
  - c) nadzór nad zapewnieniem chorym odpowiednich warunków bytowych w szpitalu,
  - d) nadzór nad zaopatrzeniem oddziału w niezbędny sprzęt, leki i materiały,
  - e) nadzór nad utrzymaniem w prawidłowym stanie wyposażenia zarówno medycznego jak i gospodarczego znajdującego się w oddziale,
  - f) pełnienie funkcji koordynatora dyżurującego zespołu pielęgniarskiego,
  - g) nadzór nad pielęgowaniem pacjentów wg planu opieki,
  - h) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia,
  - i) nadzór nad podawaniem leków,
  - j) nadzór oraz czynny udział w planowaniu indywidualnej opieki nad pacjentem,
  - k) nadzór nad realizowaniem świadczeń diagnostycznych, zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych,
  - l) nadzór nad przygotowaniem pacjentów do badań i asystowanie,
  - m) nadzór nad pobieraniem materiałów do badań diagnostycznych,
  - n) przestrzeganie zasad dotyczących żywienia pacjentów,
  - o) prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej i nadzór nad nią,
  - p) terminowe wykonywanie zleceń lekarskich dotyczących procesu leczenia,
  - q) edukowanie pacjentów i ich rodzin,
  - r) realizowanie programu zapobiegania i zwalczania zakażeń zakładowych,
  - s) dbanie o adaptację pacjentów w oddziale,
  - t) nadzór nad wysoką jakością udzielanych świadczeń pielęgniarskich/położniczych,
  - u) przestrzeganie praw pacjenta i etyki zawodowej,
  - v) nadzór nad prawidłowym postępowaniem z lekami, materiałem i sprzętem medycznym,
  - w) przestrzeganie zaleceń dotyczących zakazu nieodpowiedniego i mało oszczędnego gospodarowania przydzielonymi środkami,
  - x) przestrzeganie zachowania czystości na stanowisku pracy,
  - y) poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia pracy w oddziale oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń,
  - z) zapoznawanie się na bieżąco z obowiązującymi przepisami procedurami, instrukcjami i stosowanie się do ich treści,
  - aa) w realizacji zadań współpracowanie z personelem oddziału, bezpośrednim przełożonym, lekarzami, pracownikami innych komórek organizacyjnych i służbami pomocniczymi,
  - bb) uczestniczenie w pracach zespołów terapeutycznych, informowanie przełożonych o ważnych wydarzeniach w oddziale,
  - cc) przekazywanie pacjentowi i/lub osobie upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, istotnych informacji w zakresie procesu pielęgnowania,
  - dd) samokształcenie,
  - ee) uczestniczenie w szkoleniach wewnątrzzakładowych i na polecenie przełożonego przygotowanie i prowadzenie szkolenia,
  - ff) podnoszenie swoich kwalifikacji i umiejętności zawodowych w szkoleniach zewnętrznych,
  - gg) uczestniczenie w adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników, słuchaczy/studentów szkół medycznych,

- hh) zachowanie drogi służbowej tj. sprawy z którymi zwraca się Przyjmujący Zamówienie do zwierzchnika wyższego szczebla powinny być zaopiniowane przez bezpośredniego przełożonego. Nie dotyczy skargi na bezpośredniego przełożonego.
2. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
  3. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia jak również przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
  4. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
  5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
  6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji Przyjętego Zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie Udzielającego Zamówienia. Nie dotyczy to odzieży i obuwia wymaganego na Sali operacyjnej.
  7. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.
  8. Przyjmujący Zamówienie wykonuje inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami nie objęte niniejszym zakresem, a zlecone przez przełożonego.
  9. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje, prawo do:
    - a) zasięgania opinii i korzystania z konsultacji i doświadczeń pozostałego personelu (których z udzielającym zamówienie łączy umowa o pracę, umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub umowa zlecenie),
    - b) współpracy z personelem medycznym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych,
    - c) korzystania z telefonu służbowego wyłącznie w sprawach związanych z przedmiotem niniejszej umowy.
  10. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie leki, materiały medyczne i opatrunkowe oraz lokale, sprzęt medyczny i aparaturę niezbędne do wykonywania niniejszej umowy a przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do używania ich zgodnie z przeznaczeniem instrukcjami oraz należytą dbałością.
  11. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do przestrzegania i ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (t.j. Dz.U.2018 poz. 1000) oraz innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Przyjmujący Zamówienie zapewnia ochronę danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku i zobowiązuje się je przetwarzać wyłącznie na potrzeby niniejszej umowy.
  12. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy lub wyrządzenia szkody Udzielającemu Zamówienia lub osobie trzeciej, Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje zawinione działania lub zaniechania do pełnej wysokości szkody powstałej w związku z wykonywaną umową.
  13. W przypadku naruszenia zakazu określonego w § 9 ust 6 Przyjmujący Zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 5.000,00 zł.
  14. Przyjmujący Zamówienie na potrzeby wykonywanej umowy korzysta ze sprzętu oraz środków medycznych Udzielającego Zamówienia.

### § 13

#### **Zmiany w umowie**

1. Nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla Udzielającego Zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego Zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Strony dopuszczają w uzasadnionych przypadkach możliwość wydłużenia czasu trwania umowy na czas nie dłuższy niż do 4 miesięcy.

### § 14

#### **Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie sprawy wynikające z umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
3. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach na prawach oryginału, po jednym dla każdej ze stron.

**Udzielający Zamówienia**

**Przyjmujący Zamówienie**

\* zapis umowy będzie miał zastosowanie wyłącznie w przypadku zawarcia umowy z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą.

\*\* zapis umowy będzie miał zastosowanie wyłącznie w przypadku zawarcia umowy z osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej.

---

***Zapoznałem/am się z treścią umowy i akceptuję jej treść***

.....  
***Podpis***



Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc .....20..... r.

Imię i nazwisko.....Oddział / Dział.....

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Podpis Pielęgniarki Oddziałowej	Godzina zakończenia	Ilość godzin	Podpis Pielęgniarki Oddziałowej	Podpis Pielęgniarki Naczelnej
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
<b>Razem:</b>						

.....  
Podpis i pieczętka zatrudnionego.....  
Podpis i pieczętka zatwierdzającego

Załącznik nr 2 do umowy.....  
Świętochłowice, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko osoby)

.....  
(komórka organizacyjna)

.....  
(pełniona funkcja)

**WNIOSEK\***  
**O UDZIELENIE ZGODY NA PRZERWĘ W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ**

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych  
w ilości ..... dni w okresie od dnia ..... do dnia .....

*Krótkie uzasadnienie nieobecności:*

.....  
.....  
.....

W czasie mojej nieobecności zastępować mnie będzie: .....

.....  
(podpis osoby wnioskującej)

.....  
(podpis osoby zastępującej)

.....  
(akceptacja bezpośredniego przełożonego)

.....  
(akceptacja Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/  
Naczelna Pielęgniarka)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\* .....

(podpis Zarządu)

\* dotyczy osób zatrudnionych w ramach umów cywilno-prawnych

\*\* niepotrzebne skreślić

## **Klauzula informacyjna z art. 13 RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o., ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice, tel.: 32 621 95 35, adres e-mail: sekretariat@zoz.net.pl;
- inspektorem ochrony danych osobowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. jest Pani Marlena Czyżycka, *kontakt:* ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice, tel.: 32 621 95 35, adres e-mail: m.czyzycka@zoz.net.pl \*;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem konkursowym na wykonywanie świadczeń usług medycznych ;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja z konkursu zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z obowiązującym w tym zakresie przepisami przez okres trwania konkursu i w przypadku dojścia do podpisania umowy przez cały czas trwania umowy, a także w celach archiwalnych zgodnie z przyjętymi zasadami archiwizowania dokumentów.
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym związanym z udziałem w konkursie ;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**

.....  
podpis