

**REGULAMIN
KONKURSU OFERT**
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
psychologii transportu w Pracowni Badań Psychologicznych 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 2019, poz. 1373).
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekcóż 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 **psychologii transportu w Pracowni Badań Psychologicznych** 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) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiącą **Załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu,
- j) **klauzula informacyjna z art. 13. RODO** – rozumie się przez to obowiązujący formularz informacyjny opracowany przez Udzielającego Zamówieni stanowiącą **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu,
- k) **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 **psychologii transportu w Pracowni Badań Psychologicznych**

w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych.

III b) Szczegółowe Wymagania związane z realizacją przedmiotu zamówienia:

1. 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.
2. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienia jak również przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
4. 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.
5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.
6. 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

23.12.2019 r. - 31.12.2020 r.

V. Wymagania od oferentów

Oferty mogą składać osoby spełniające wymagania:

1. Warunek wymagany:
 - wykształcenie wyższe - udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
 - psycholog zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2001 r. nr 73 poz. 763 z późn. zm.) – udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
 - uprawnienia psychologa transportu - udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
 - działalność gospodarcza lub umowa zlecenie – zatrudnienie w innym podmiocie na podstawie umowy o pracę (osiągając wynagrodzenie minimalne).
2. Do konkursu nie może przystąpić osoba, która świadczy usługi dla Udzielającego Zamówienie w identycznym zakresie w wymaganym terminie realizacji (23.12.2019 r. - 31.12.2020 r.)

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) zaakceptowany dla danej części - załącznik nr 7 – „wzór umowy”,
- 8) zaakceptowana klauzula informacyjna z art.13 RODO - załącznik nr 8.
- 9) 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: **psychologii transportu w Pracowni Badań Psychologicznych** 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 12.12.2019 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 18.12.2019 roku

XI. Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. (www.zoz.net.pl);

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 18.12.2019 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:

L. p.	Zakres badania psychologicznego jednej osoby	Cena jednostkowa brutto
1.	Badanie kierowców (kierowcy i kandydaci na kierowców wszystkich kategorii prawa jazdy, kandydaci na kierowców oraz kierowcy pojazdów uprzywilejowanych, kandydaci na instruktorów oraz egzaminatorów nauki jazdy, osoby ubiegające się o pozwolenie na kierowanie tramwajem i kierujący tramwajem, osoby skierowane przez lekarza i osoby ubiegające się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem silnikowym, cofniętego ze względu na istnienie przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, kierowcy skierowani na badania przez policję). zł brutto słownie (.....złoty brutto 00/100)
2.	Badanie operatorów i monterów maszyn, maszynistów maszyn, kierowców wózków widłowych, osób pracujących na wysokości. zł brutto słownie (.....złoty brutto 00/100)
3.	Badanie widzenia zmierzchowego + zjawisko olśnienia zł brutto słownie (.....złoty brutto 00/100)
4.	Badanie operatorskie zawierające dwa lub więcej stanowisk zł brutto 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 2019, poz. 1373) 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 2019, poz. 1373)

2. Data złożenia oferty:2019 roku.

3. Proponowana kwota należności:

L. p.	Zakres badania psychologicznego jednej osoby	Cena jednostkowa brutto
1.	Badanie kierowców (kierowcy i kandydaci na kierowców wszystkich kategorii prawa jazdy, kandydaci na kierowców oraz kierowcy pojazdów uprzywilejowanych, kandydaci na instruktorów oraz egzaminatorów nauki jazdy, osoby ubiegające się o pozwolenie na kierowanie tramwajem i kierujący tramwajem, osoby skierowane przez lekarza i osoby ubiegające się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem silnikowym, cofniętego ze względu na istnienie przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, kierowcy skierowani na badania przez policję). zł brutto słownie (.....złotych brutto 00/100)
2.	Badanie operatorów i monterów maszyn, maszynistów maszyn, kierowców wózków widłowych, osób pracujących na wysokości. zł brutto słownie (.....złotych brutto 00/100)
3.	Badanie widzenia zmierzchowego + zjawisko olśnienia zł brutto słownie (.....złotych brutto 00/100)
4.	Badanie operatorskie zawierające dwa lub więcej stanowisk zł brutto słownie (.....złotych brutto 00/100)

Dane oferenta	
	Nazwa oferenta: Adres:

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii transportu w Pracowni Badań Psychologicznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

Podpis i pieczęć oferenta	

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 w dniu 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 7.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

.....

Adres.....

Oświadczam, że odpisy lub kserokopie aktualnych badań lekarskich oraz dokumenty potwierdzające odbyte szkolenie okresowe bhp i p/poż zostaną dostarczone przeze mnie w dniu podpisania umowy. Przedmiotowe dokumenty zostaną dostarczone wraz z oryginałami celem potwierdzenia ich 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 7 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 2019 poz.1373)

- WZÓR UMOWY -
UMOWA NR /RO/K/2020
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta dniaw 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 **psychologii transportu w Pracowni Badań Psychologicznych** 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.

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. 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 wymagane prawem szkolenie BHP przed rozpoczęciem udzielania świadczeń i dostarczyć w dniu zawarcia umowy dokumenty to potwierdzające zgodnie ze złożonym w konkursie oświadczeniem W przypadku utraty ważności przedmiotowych dokumentów w trakcie umowy, Przyjmujący zamówienie ma obowiązek odbyć nowe szkolenie i dostarczyć dokumenty to potwierdzające w ciągu 7 dni od daty zakończenia szkolenia.
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 w trakcie całego okresu trwania umowy.

2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż posiada ważną i opłaconą 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 dniu podpisania niniejszej umowy. W przypadku utraty ważności, każdą kolejną polisę należy dostarczyć w terminie 7 dni o daty jej podpisania.
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 dniado

§ 8

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

1. Za wykonany przedmiot umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie wyliczane jako iloczyn wykonanych badań i cen badań. Cennik badań stanowi integralną część umowy (załącznik nr 1 do umowy). Podstawą wyliczenia wynagrodzenia będzie zatwierdzona przez Udzielającego Zamówienie imienna lista pacjentów wraz z przypisanymi im badaniami w okresie rozliczeniowym (załącznik nr 2). W cenach jednostkowych badań ujęte są koszty Przyjmującego zamówienie wynikające z niniejszej umowy.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto.

§ 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 (wzór rachunku stanowi załącznik nr 5 do niniejszej umowy dla osób zatrudnionych w ramach umowy cywilno-prawnej – umowa zlecenie) wraz z zatwierdzonymi przez Kierownika Ambulatoryjnej Opieki Specjalistyczne / Pielęgniarkę Koordynującą / Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa - załącznikami - „potwierdzeniem realizacji przyjętego zamówienia”, których wzór stanowi załącznik nr 3 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. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody przez osobę zastępującą Przyjmującego Zamówienie, zgodnie z załącznikiem nr 4 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 Zamówienia.
 - h) Przyjmujący Zamówienie bez zgody i wiedzy Udzielającego Zamówienia 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 przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia jak również przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
4. 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.
5. 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.

6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienie, procedur akredytacyjnych.
7. Przyjmujący Zamówienie wykonuje inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami nie objęte niniejszym zakresem, a zlecone przez przełożonego.
8. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje, prawo do:
 - a) zasięgnięcia 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.
9. 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.
10. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do przestrzegania bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (t.j. Dz.U.2019 poz. 1781) 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 Zamówienie oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku i zobowiązuje się je przetwarzać wyłącznie na potrzeby niniejszej umowy.
11. 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.
12. W przypadku naruszenia zakazu określonego w § 9 ust 6 Przyjmujący Zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 5.000,00 zł.
13. Przyjmujący Zamówienie na potrzeby wykonywanej umowy korzysta ze sprzętu oraz środków medycznych Udzielającego Zamówienie.

§ 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

Załącznik nr 1 do umowy nr

L. p.	Zakres badania psychologicznego jednej osoby	Cena jednostkowa brutto
1.	Badanie kierowców (kierowcy i kandydaci na kierowców wszystkich kategorii prawa jazdy, kandydaci na kierowców oraz kierowcy pojazdów uprzywilejowanych, kandydaci na instruktorów oraz egzaminatorów nauki jazdy, osoby ubiegające się o pozwolenie na kierowanie tramwajem i kierujący tramwajem, osoby skierowane przez lekarza i osoby ubiegające się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem silnikowym, cofniętego ze względu na istnienie przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, kierowcy skierowani na badania przez policję).	<p>..... zł brutto słownie (.....złowych brutto 00/100)</p>
2.	Badanie operatorów i monterów maszyn, maszynistów maszyn, kierowców wózków widłowych, osób pracujących na wysokości.	<p>..... zł brutto słownie (.....złowych brutto 00/100)</p>
3.	Badanie widzenia zmierzchowego + zjawisko olśnienia	<p>..... zł brutto słownie (.....złowych brutto 00/100)</p>
4.	Badanie operatorskie zawierające dwa lub więcej stanowisk	<p>..... zł brutto słownie (.....złowych brutto 00/100)</p>

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc20..... r.

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

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Podpis zatrudnionego	Godzina zakończenia	Ilość godzin	Podpis zatrudnionego	Podpis Kierownika komórki organizacyjnej / Ordynatora oddziału
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Razem:						

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

Załącznik nr 4 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

Rachunek do umowy zlecenia

0

Załącznik nr 5 do umowy nr

Rachunek numer

z dnia

Wystawił

Imię i nazwisko

nie wymagany
-

PESEL

NIP

Nr tel.

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Poczta

Urząd Skarbowy:

Numer rachunku bankowego:

Rachunek wystawiono dla:

Nazwa Zleceniodawcy

Adres Zleceniodawcy

NIP Zleceniodawcy

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.
41-605 Świętochłowice, ul. Chorzowska 38
627-16-69-770

ilość przepracowanych godzin:

--

Wynagrodzenie brutto:

- zł

Podpis zleceniobiorcy

OŚWIADCZENIA I PODPIS ZLECENIODAWCY

1. Sprawdzona pod względem merytorycznym:

.....

2. Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym:

.....

3. Główny Księgowy:

.....

4. Zatwierdzam do wypłaty:

.....

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