

# REGULAMIN KONKURSU OFERT

## na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego (MR) 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 (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 991 z późn. zm.) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 2561 z późn. zm.).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

### II. Definicje

Ilekoć 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 badań rezonansu magnetycznego (MR) 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 stanowiące **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
- h) **klauzula informacyjna z art. 13. RODO** – rozumie się przez to obowiązujący formularz informacyjny opracowany przez Udzielającego Zamówienie stanowiący **Załącznik nr 6**
- i) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty bądź osoby fizyczne, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

**Kategoria CPV/ Grupa CPV: 85121000-3 – usługi medyczne**

### III. Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych .

Dokładny opis przedmiotu zamówienia został zawarty w: Załączniku nr 5- wzór umowy.

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

01.01.2024 r. – 31.12.2026 r.

#### **V. Wymagania od oferentów**

Oferty mogą składać podmioty 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, 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 - załącznik nr 5 – „wzór umowy”,
- f) zaakceptowana klauzula informacyjna z art. 13 RODO – 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. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych.
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:**

nazwa i adres oferenta .....

data .....

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. Chorzowska 38

41 – 605 Świętochłowice

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych

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

1. Oferty należy składać w Kancelarii Ogólnej siedziby udzielającego zamówienie do dnia 20.11.2023 r. do godziny 15.00
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

#### **X Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:**

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

**Termin rozstrzygnięcia konkursu: 23.11.2023 r.**

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

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach sp. z o.o. ([www.zoz.net.pl](http://www.zoz.net.pl));

**Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 24.11.2023 r.**

#### **XII Kryteria oceny ofert:**

1. Kryterium oceny ofert – cena 100%
2. Sposób oceny ofert

Wartość punktowa kryterium zostanie ustalona na podstawie następujących obliczeń:

– dotyczy kryterium „cena ofertowa” (maksymalna ilość punktów jaką można uzyskać w kryterium „cena ofertowa” wynosi 100 punktów)

$$\text{Wartość punktowa} = \frac{\text{najniższa cena oferty}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt}$$

3. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
4. 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 2022 poz. 2561) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 poz.991 z późn. zm.).

#### **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 bez podania przyczyny.



**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 ..... 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. z 2023 poz. 991 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561 z późn. zm.).

2. Data złożenia oferty: .....2023 roku.

3. Proponowana kwota należności:

I.p.	RODZAJ BADANIA	cena w zł	cena słownie
1.	MR głowy		
2.	MR innej okolicy anatomicznej*		
3.	Angiografia MR		
4.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa		
5.	Badanie czynnościowe mózgu (fMRI), tensor dyfuzji (DTI)		
6.	Spektroskopia MR		
7.	MR mózgu z perfuzją		
8.	Badanie MR jamy brzusznej lub miednicy mniejszej		
9.	Podanie środka kontrastującego do badania MR		

\*Okolice anatomiczne stanowią: kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na okolice anatomiczne (bark, ramię, łokieć, dolna część ramienia, nadgarstek, dłoń) kończyna dolna z podziałem na okolice anatomiczne (stawy krzyżowo – biodrowe, staw biodrowy, udo, kolano, podudzie, staw skokowy, stopa)



<b>Dane oferenta</b>	
	Nazwa oferenta: ..... ..... Adres: ..... ..... ..... Numer wpisu do właściwego rejestru:..... Organ dokonujący wpisu do rejestru:.....

**Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych**

<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\*:

- ☐ 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 właściwe

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

.....  
.....

Adres.....

Oświadczam, iż w związku z wykonywaniem niniejszej umowy posiadam ważną i opłaconą polisę/polisy ubezpieczenia OC:

- ☐ obowiązkowego,\*  
☐ dobrowolnego na wartość .....\*

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

\* wypełnić właściwe

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 5.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta



## UMOWA 2/ORG/P/2024

### O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta dnia ..... 2023 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: Anitę Przytocką**

**Prokurenta: Bogumiłę Wolny**

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

a

..... z siedzibą w ..... (kod: .....), przy ulicy....., wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w....., Wydział ..... Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: ....., Nr NIP:....., REGON: ..... reprezentowanym przez:

.....

.....

zwanym w dalszej części umowy: **Przyjmującym Zamówienia.**

### § 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych**, zleczanych przez Udzielającego Zamówienie.

### § 2

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, wiedzę, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w § 1 oraz, że świadczenia wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej, a także obowiązującymi przepisami prawa.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować i przedstawić kopię polisy Udzielającemu Zamówienie w terminie 7 dni od daty jej podpisania.
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 ze skutkiem natychmiastowym.
4. Przyjmujący Zamówienia zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu zamówienia nakładem własnym, bez udziału osób / firm pośredniczących. Udzielający Zamówienie nie wyraża zgody na podzlecenie realizacji części lub całości świadczonych w ramach umowy usług osobom trzecim.

9. W przypadku opóźnienia w płatności faktury przez udzielającego Zamówienie, Przyjmującemu Zamówienie należne będą wyłącznie odsetki ustawowe za opóźnienie. Przyjmujący zamówienie zrzeka się jakichkolwiek innych roszczeń wobec Udzielającego Zamówienie.
10. Upływ okresu obowiązywania umowy nie zwalnia Przyjmującego Zamówienie z wykonania zobowiązań powstałych w czasie jej trwania, w szczególności z uzupełnienia/skorygowania dokumentacji medycznej. Przyjmujący Zamówienie realizuje zobowiązania w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

## § 5

1. Strony niniejszej umowy oświadczają, że dane Pacjentów udostępniane są drugiej Stronie zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.), a zatem po uzyskaniu danych stają się w stosunku do nich odrębnym administratorem w myśl przepisów 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 (dalej: „RODO”).
2. Strony są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do zabezpieczenia i ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (t.j. Dz.U.2019 poz.1781 z późn. zm.) oraz z innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
3. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać i obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną w wysokości 5% wartości wynagrodzenia przysługującego Przyjmującemu Zamówienie za okres rozliczeniowy w którym doszło do niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, potwierdzonego odpowiednio fakturą VAT za wskazany okres.
4. Łączna wysokość kar umownych nałożonych na Przyjmującego zamówienie przez cały okres obowiązywania Umowy nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość 60 % łącznej wartości wynagrodzenia brutto przysługującego Przyjmującemu zamówienie za cały okres obowiązywania Umowy.
5. Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku gdy wartość szkody przekracza wartość kar umownych lub wynika z innego tytułu.

## § 6

1. Umowa została zawarta **na okres od 1 stycznia 2024 roku do 31 grudnia 2026 roku.**
2. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
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 przez Udzielającego zamówienia w trybie natychmiastowym w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego zamówienia albo w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przez Przyjmującego zamówienia.

## § 7

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



5. Przyjmujący Zamówienia gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa jednocześnie zobowiązuje się do jej uzupełnienia lub korekty w razie zaistnienia takiej potrzeby niezwłocznie jednak nie później niż w terminie 5 dni licząc od dnia wezwania Przyjmującego Zamówienie przez Udzielającego Zamówienia. Jednocześnie Strony zastrzegają, iż obowiązek Przyjmującego Zamówienie do dokonania uzupełnienia lub korekty prowadzonej dokumentacji medycznej istnieje po stronie Przyjmującego Zamówienie także po rozwiązaniu/wygaśnięciu niniejszej umowy, jeżeli konieczność korekty lub uzupełnienia powstała w związku z działaniem Przyjmującego Zamówienie.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r., w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Oddziałem Funduszu.
7. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek wspierać i wspomagać Udzielającego Zamówienie w przypadku wniesienia skargi lub wystąpienia z powództwem wobec Udzielającego Zamówienie jeżeli z okoliczności sprawy wynika lub można domniemywać, że powiązana jest ona z przedmiotem niniejszej umowy. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za prawdziwość wykonanych badań i ich następstwa.

### § 3

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Świadczenia, o których mowa w § 1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się ....., w terminie wcześniej uzgodnionym.
- 2) Podstawą do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 jest skierowanie opatrzone pieczętą udzielającego zamówienie, wystawione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 3) Wynik badania zostanie przekazany Udzielającemu Zamówienie bezpośrednio po przeprowadzeniu badania.
- 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.

### § 4

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następowała w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego faktury VAT, w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury.
3. Za datę płatności uważa się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
4. Za wykonany przedmiot umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie wyliczane jako iloczyn wykonanych badań i cen badań zgodnie z cennikiem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
5. Podstawą wyliczenia wynagrodzenia będzie wystawiona przez Przyjmującego Zamówienie i zatwierdzona przez Udzielającego Zamówienie imienna lista pacjentów wraz z przypisanymi im badaniami w okresie rozliczeniowym.
6. Przyjmujący Zamówienie nie ma prawa do dokonania cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy, jak również nie może dokonywać ich obciążeń czy rozporządzać prawem 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 wobec Udzielającego Zamówienie.
7. W przypadku błędu w badaniu Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek je powtórzyć na swój koszt.
8. Za błędne badanie wynagrodzenie nie przysługuje.



## § 8

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

## § 9

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

## § 10

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

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

PROKURENT  
GŁÓWNA KSIĘGOWA

*Bogumiła Wójcik*

Dział Organizacyjny – Prawny  
Referent

*Jolanta Włodarczyk*

## Cennik badań

l.p.	RODZAJ BADANIA	Cena za badanie
1.	MR głowy	
2.	MR innej okolicy anatomicznej	
3.	Angiografia MR	
4.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa	
5.	Badanie czynnościowe mózgu (fMRI), tensor dyfuzji (DTI)	
6.	Spektroskopia MR	
7.	MR mózgu z perfuzją	
8.	Badanie MR jamy brzusznej lub miednicy mniejszej	
9.	Podanie środka kontrastującego do badania MR	

**Załącznik nr 2 do umowy...../ORG/P/2024**

**Załącznik nr 1 do faktury nr..... z dnia.....**

L.p.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych	Imię i nazwisko lekarza kierującego	Nazwa komórki kierującej	Tryb wykonania CITO/PLANOWE	cena jednostkowa (brutto) badania w zł.

Wartość razem:



**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:

1. 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;
2. Z inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. można skontaktować się pod adresem e-mail: iodo@zoz.net.pl;
3. 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;
4. 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.
5. 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.
6. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym związanym z udziałem w konkursie;
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
8. Posiada Pani/Pan:
  - a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - b) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
  - c) 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;
  - d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
9. Nie przysługuje Pani/Panu:
  - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - c) 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.

**Akceptuję**

**Szacunkowe zapotrzebowanie na badania na rok 2024**

<b>I.p.</b>	<b>RODZAJ BADANIA</b>	<b>ILOŚĆ</b>
1.	MR głowy	236
2.	MR innej okolicy anatomicznej	108
3.	Angiografia MR	1
4.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa	2
5.	Badanie czynnościowe mózgu (fMRI), tensor dyfuzji (DTI)	1
6.	Spektroskopia MR	1
7.	MR mózgu z perfuzją	12
8.	Badanie MR jamy brzusznej lub miednicy mniejszej	1
9.	Podanie środka kontrastującego do badania MR	253

