OGŁOSZENIE
KONKURSU OFERT
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii i/lub psychologii w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

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 2023, poz. 991 ze zm.) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 146).
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekroć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

a) **Udzielającym 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 **psychoterapii i/lub psychologii** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.,

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) **oświadczenie** - potwierdzenie wykształcenia i kwalifikacji będących w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o., - **załącznik nr 10**,

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

(PKWiU: 86 – usługi w zakresie opieki zdrowotnej),

86.90.18	Usługi w zakresie zdrowia psychicznego świadczone przez psychologów i psychoterapeutów

Świadczenia stacjonarne, całodobowe oraz ambulatoryjne

III Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **psychoterapii i/lub psychologii** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych na rzecz pacjentów

III a) 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 zobowiązuje się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
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 obsługi zintegrowanego systemu Informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
5. 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.
6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowi ązujących 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.

IV. Wymagany termin realizacji

01.04.2024 – 31.03.2027 r.

V. Wymagania od oferentów

Oferty mogą składa ć osoby spełniające wymagania:

1. Warunek wymagany w zakresie psychoterapii, osoba która:

a) posiada dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (tj.Dz. U. z 2019, poz. 1026 z późn. zm.),

b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo –behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,

c) posiada zaświadczenie zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty", poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną prze stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty –zwana „osobą prowadzącą psychoterapię." lub osoba, o której mowa w lit. a wyżej wymienionego zapisu, posiadająca statut osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu, o którym mowa w lit. b oraz posiadająca zaświadczenie wydane przez

podmiot prowadzący kształcenie oraz pracująca pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty, zwana „osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty." - udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,

2. Warunek wymagany w zakresie psychologii:
a) psycholog zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1026 z późn. zm.) – udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
3.Warunki wspólne:
- działalność gospodarcza lub umowa zlecenie (zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej osiągając co najmniej minimalne wynagrodzenie),
4. Do konkursu nie może przystąpić osoba, która świadczy usługi dla Udzielającego Zamówienie w zakresie **psychoterapii i/lub psychologii** w wymaganym terminie realizacji(01.04.2024 – 31.03.2027 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– 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 świadczenia usług 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) oświadczenie potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje będące w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o., - załącznik nr 10,
11) 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
Oferty należy składać w formie pisemnej na formularzach Udzielającego Zamówienie w zamkniętych kopertach opatrzonych danymi Oferenta (nazwa Oferenta, adres do korespondencji oraz dane kontaktowe)

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 **psychoterapii i/lub psychologii**

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 **Kancelarii Ogólnej** siedziby Udzielającego Zamówienia do dnia 19.03.2024 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 26.03.2024 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: 26.03.2024 roku

XII. Kryteria oceny ofert:
1. Kryterium oceny ofert:
1) 80 pkt - cena
2) 20 pkt - kwalifikacje

Oferta o najniższej cenie otrzyma 80 punktów

Cena brutto najniższa wśród ofert
---------- x 80 punktów
Cena brutto badanej oferty

Oferent o najwyższych kwalifikacjach
Dodatkowe kursy, szkolenia
- 1-3 – 10 pkt
- 4 ≤ 20 pkt

Zamawiający dokona wyboru oferty z najwyższą sumą punktów.

2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, spełniającego wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
3. Udzielający zamówienia określa swoje zapotrzebowanie w ilości 4368 godzin rocznie.
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	Cena jednostkowa brutto
1.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **psychoterapii**** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. bez zróżnicowania na dni robocze, soboty, niedziele oraz święta.	..... **zł brutto** słownie (.....złoty ch brutto 00/100)

2.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **psychologii**** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. bez zróżnicowania na dni robocze, soboty, niedziele oraz święta.	..... zł **brutto słownie (.....złotych brutto 00/100)**
3.	Średnio tygodniowy zaoferowany wymiar godzin (tygodniowo) realizacji usług.	..... **godzin**
4.	Szacunkowa wysokość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania niniejszej umowy wynosi wyliczona jako iloczyn ilości średniotygodniowej normy i kwoty stawki godzinowej wskazanej x 4 (śr. ilość tygodni w miesiącu) przemnożona przez ilość miesięcy trwania umowy.	..... zł **brutto** słownie (.....złotych brutto 00/100)

XIII. Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w 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 2024, poz. 146) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. 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.
3. Dział Organizacyjno – Prawny, 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.

ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU OFERT

Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na stronie internetowej www.zoz.net.pl oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

*** dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą**

**** dopuszcza się składanie ofert częściowych dla wybranego zakresu psychoterapii i/lub psychologii.**

Prezes Zarządu
Anita Przytocka

Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego
mgr Katarzyna Migoń-Kulbacka

Radca Prawny
Tomasz Nowak

Załącznik nr 1

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 ..... 2024 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 2023, poz. 991 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 146
1. Data złożenia oferty: .....2024 roku.
2. Proponowana kwota należności:

L. p.	Zakres	Cena jednostkowa brutto
1.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **psychoterapii***w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. bez zróżnicowania na dni robocze, soboty, niedziele i święta.	..... **zł brutto** słownie (.....złoty ch brutto 00/100)
2.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **psychologii*** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. bez zróżnicowania na dni robocze, soboty, niedziele i święta.	
2.	Średnio tygodniowy zaoferowany wymiar godzin (tygodniowo) realizacji usługi.	..... **godzin**
3.	Szacunkowa wysokość wynagrodzenia za cały okres obowiązywania niniejszej umowy wynosi wyliczona jako iloczyn ilości średniotygodniowej normy i kwoty stawki godzinowej wskazanej x 4 (śr. ilość tygodni w miesiącu) przemnożona przez ilość miesięcy trwania umowy.	..... **zł brutto** słownie (.....złoty ch brutto 00/100)

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

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii i/lub psychologii w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

Podpis i pieczęć oferenta	

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Nazwa oferenta: .....

.....

Adres.....

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

Tel. kontaktowy .....

Adres mailowy .....

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 właściwe

Załącznik nr 3

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

Załącznik nr 4

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

Załącznik nr 5

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

Załącznik nr 6

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 2024 poz. 146)

Załącznik nr 7

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) **nie więcej niż 76 godzin w skali tygodnia we wszystkich komórkach organizacyjnych.**

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 8

UMOWA NR .../.../. /2024
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta dnia .....r. 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 zwanego w dalszej części umowy: Udzielającym Zamówienia.

reprezentowanym przez:
.....

a Panem/ią ..... zamieszkałym/ą w ..... (kod: -), przy ul. ....., numer ewidencyjny PESEL: .....,
a Panem/ią ..... prowadzącym/ą działalność gospodarczą pn. „.....” z siedzibą w ..... (kod:.....-.....) przy ul. ..... NIP: ..... REGON:.....
zwanym/ą w dalszej części umowy:
Przyjmującym Zamówienie.

Niniejsza umowę zawarto w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert ogłoszonego w dniu.....na .....
i dokonanego wyboru oferty Przyjmującego Zamówienie.

§ 1

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, i że nie został pozbawiony prawa do ich wykonywania, ani że prawa te nie są zawieszone.
2. Przyjmujący Zamówienia oświadcza, iż w dacie zawarcia umowy i w czasie jej trwania posiada i będzie posiadał aktualne/y :

a) szczepienia zgodne z treścią ogłoszenia konkursu ofert,
b) zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego BHP,
c) inne dokumenty określone w ogłoszeniu o konkursie ofert.

§ 2
Określenie przedmiotu umowy

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

§ 3
Określenie zakresu świadczeń zdrowotnych

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania fachowych świadczeń zdrowotnych w zakresie **psychoterapii i/lub psychologii.**
2. W ramach niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać czynności na rzecz i zlecenie Udzielającego Zamówienie związane z wykonywaną w ramach niniejszej umowy pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami oraz umiejętnościami które posiada

Przyjmujący Zamówienie i świadczyć je dla pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. z najwyższą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa , w szczególności z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Szczegółowy zakres czynności i obowiązków Przyjmującego Zamówienie określa załącznik nr. 4 do umowy.

3. Przyjmujący Zamówienie nie może odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza iż, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej nie ma zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejsza umową oraz, iż nie zawrze w trakcie jej trwania odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.*
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że jest gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia w zależności od zgłoszonych przez niego potrzeb, w wymiarze nie mniejszym niż ..... godziny tygodniowo (średni tygodniowy wymiar czasu wykonywania usługi).
6. W przypadku gdyby ilość godzin o której mowa w ust. 5 uległa zmianie (zmniejszenie) - Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie będzie zgłaszała/ zgłaszał roszczeń z tego tytułu do Udzielającego Zamówienia.
7. W przypadku, gdyby z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, nie doszło do wykonania świadczenia wpisanego w harmonogramie i niezapewnienia zastępstwa, Udzielający Zamówienie może obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną wyliczoną jako równowartość iloczynu stawki godzinowej oraz ilości godzin zaplanowanych w harmonogramie, które nie zostały wykonane. Do zapłaty kary stosuje się § 9 ust. 7.

§ 4
Określenie sposobu organizacji i udzielania świadczeń

1. Sposób organizacji udzielania świadczeń określa Regulamin Organizacyjny Udzielającego Zamówienie.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapoznania i przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego, o którym mowa w ust. 1, przepisów prawa, aktów wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie w tym instrukcji, procedur, norm, standardów oraz Procedur Akredytacyjnych .
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest odbyć wymagane prawem szkolenie BHP przed rozpoczęciem realizacji umowy 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 zakończenie szkolenia, zachowując ciągłość ich ważności.
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. Przyjmujący zamówienia zobowiązuje się do realizacji świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający przestrzeganie prawa, praw pacjenta, zasad etyki, poprawności stosunków interpersonalnych.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do uczestnictwa w szkoleniach wskazanych przez Udzielającego zamówienia.
7. W przypadku powstania sporów interpersonalnych i kompetencyjnych Przyjmujący zamówienia deklaruje poddanie ich pod rozstrzygnięcie Zespołu Etyki funkcjonującego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach, który może skierować sprawę do zespołu właściwego merytorycznie do rozpatrzenia sprawy.

§ 5
Określenie możliwości wykonywania udzielonego zamówienia przez osobę trzecią

1. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany wykonać umowę osobiście.
2. Powierzenie wykonywania zamówienia osobie trzeciej możliwe jest wyłącznie po wyrażeniu przez

Udzielającego Zamówienia zgody 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 wyrządzone przez siebie szkody na zasadach ogólnych określonych w ustawie Kodeks Cywilny i oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej:
   1) obowiązkowe na kwotę .....Polisa nr .....z dnia .....
   2) dobrowolne na kwotę .....Polisa nr..... z dnia .....
   obejmujące odpowiedzialność za udzielane w ramach umowy świadczenia oraz utrzyma ich obowiązywanie przez cały okres trwania niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi wraz z Udzielającym Zamówienie odpowiedzialność solidarną za szkody będące następstwem udzielania przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. W stosunku do winnego powstania szkody stronie zobowiązanej do jej naprawienia przysługuje regres.
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 zawarcia zachowując ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wniesienia skargi, zgłoszenia błędu medycznego, szkody lub wniesienia pozwu przeciwko Udzielającemu Zamówienie związanego z zakresem udzielonego zamówienia, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się czynnie wspomagać na każdym etapie postępowania (udzielać wyjaśnień, pisemnych konsultacji, przystąpić do sporu) Udzielającego Zamówienie.

§ 7

Określenie czasu, na który umowa została zawarta

1. Umowę zawiera się na czas określony od dnia **01.04.2024 r.** do dnia **31.03.2027 r.**
2. 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.

§ 8

Określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką Udzielający Zamówienia przekazuje Przyjmującemu Zamówienie z tytułu realizacji zamówienia

1. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do zapłaty za wykonane umowy:
   a) kwotę ..... zł brutto słownie: .....zł za jedną godzinę 1 godzinę (60 min) udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii bez zróżnicowania na dni robocze, soboty, niedziele i święta.****
   b) kwotę ..... zł brutto słownie: .....zł za jedną godzinę 1 godzinę (60 min) udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii bez zróżnicowania na dni robocze, soboty, niedziele i święta.****
2. Kwota, o których mowa w ust 1 stanowi całkowitą należność za wykonanie umowy.
3. Kwota wymieniona w ust. 1 może zostać podwyższona na podstawie aneksu do umowy, raz na 12 miesięcy z zastrzeżeniem, że sytuacja finansowa Udzielającego Zamówienie na to pozwoli. Pierwszy aneks, o którym mowa w zdaniu 1, może zostać zawarty najwcześniej po upływie 12 miesięcy od daty rozpoczęcia obowiązywania umowy.

4. W szczególnych przypadkach Udzielający Zamówienia przewiduje możliwość podwyżki kwoty, o której mowa w ust.1. Wówczas terminy określone w ust. 3 nie będą miały zastosowania.

§ 9

Ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności

1. Ustala się miesięczny okres rozliczeń należności z tytułu realizacji umowy (przyjętego zamówienia).
2. Należność z tytułu realizacji umowy będzie wypłacana na podstawie przedłożonej przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowo wystawionej faktury / rachunku (wzór rachunku stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy dla osób zatrudnionych w ramach umowy cywilno-prawnej – umowa zlecenie) wraz z zatwierdzonymi przez Ordynatora/Kierownika komórki organizacyjnej – załącznikami - „potwierdzeniem realizacji przyjętego zamówienia", których wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Oryginał faktury/rachunku należy złożyć nie wcześniej niż w miesiącu następującym po miesiącu, w którym zrealizowano przedmiot umowy. Warunkiem wypłaty należności Przyjmującemu Zamówienie jest złożenie faktury/rachunku w sekretariacie zarządu Udzielającego Zamówienie.
4. W przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie nie prowadzi działalności gospodarczej, upoważnia on Udzielającego Zamówienie do dokonania zgodnych z prawem potrąceń ze swojego wynagrodzenia z tytułu składek ZUS oraz 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. Podstawą zapłaty faktury/ rachunku jest prawidłowość, terminowość, poprawność złożonych dokumentów, a w szczególności załącznika nr 1 .
7. W przypadku gdy Udzielający Zamówienia stwierdzi iż Przyjmujący Zamówienie nie posiada dokumentów określonych w §1 ust 2 i w § 6 ust 1 i 3 umowy lub straciły one ważność w trakcie trwania umowy Udzielający zamówienie wezwie go do ich uzupełnienia w terminie 7 dni, a po jego bezskutecznym upływnie naliczy Przyjmującemu Zamówienie karę w wysokości 5 krotności stawki godzinowej wskazanej w § 8 ust 1 umowy za każdy stwierdzony przypadek. Przyjmujący zamówienie upoważnia Udzielającego zamówienie do potracenia kary z swojego wynagrodzenia, a w przypadku gdy nie będzie to możliwe ureguluje karę w terminie 14 dni od daty jej nałożenia. Dokumentem rozliczenia i oświadczenia się w przedmiocie kary może być nota księgowa. Kara może nie zostać nałożona lub może zostać cofnięta w przypadku gdy Przyjmujący zamówienie niezwłocznie podejmie działania i usunie wszystkie nieprawidłowości.
8. Przyjmujący Zamówienie nie ma prawa do dokonana 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.
9. Niezależnie od obciążenia Przyjmującego Zamówienie karami , o których mowa w ust 7 Przyjmujący Zamówienie, do czasu dostarczenia aktualnych dokumentów wskazanych w §1 ust 2 i w § 6 ust 1 i 3 umowy może zakazać Przyjmującemu zamówienie wykonywania świadczeń. W takim przypadku przyjmuje się, że nie doszło do wykonywania świadczenia wpisanego w harmonogramie z winy Przyjmującego Zamówienie.

§ 10

Ustalenie trybu przekazywania Udzielającemu Zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia

1. Strony uznają, iż umowa będzie realizowana 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 miesięcznym harmonogramie mogą być dokonane wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.
4. Uzyskanie zgody, o której mowa w ust. 3 winno być poprzedzone złożeniem przez Przyjmującego Zamówienie pisemnego wniosku o wprowadzenie zmian do harmonogramu.
5. Wniosek, o którym mowa w ust. 4 uznaje się za skutecznie złożony, wyłącznie w sytuacji, gdy data wpływu do Kancelarii Ogólnej Udzielającego Zamówienie przypada co najmniej na 7 dni przed dniem spełnienia świadczenia, licząc od dnia przypadającego na dzień spełnienia świadczenia.
6. Zastępstwo przez inną osobę 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. Każda ze stron ma możliwość rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie składa się na piśmie, pod rygorem nieważności, przesyłając jego treść za pośrednictwem operatora pocztowego.
2. Udzielający Zamówienie dopuszcza możliwość skrócenia okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1 na mocy porozumienia stron.
3. Udzielający Zamówienia jest uprawniony do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym 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 realizuje umowy zgodnie z jej postanowieniami pomimo 1 krotnego upomnienia,
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 pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia,
f) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpił do wykonywania świadczeń, o których mowa w § 3 niniejszej umowy,
g) Przyjmujący Zamówienie jest nieobecny przez okres co najmniej 7 dni bez wiedzy i zgody Udzielającego Zamówienie.
h) Przyjmujący Zamówienie bez zgody i wiedzy Udzielającego Zamówienie nie wykonuje świadczeń do wykonywania których się zobowiązał w dniach określonych w harmonogramie o którym mowa w § 10 ust. 2,
i) Przyjmujący Zamówienie stawił się u Udzielającego Zamówienie w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub środków psychotropowych, odurzających, innych o podobnym działaniu.

§ 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, szczegółowymi wymogami NFZ oraz wewnętrznymi zarządzeniami Udzielającego zamówienie.
2. Przez poprawność prowadzenia dokumentacji medycznej rozumie się także jej kompletność, terminowość wprowadzania danych, prawidłowe podpisanie, w tym złożenie podpisu elektronicznego lub podpisu w formie pisemnej tj. podpisu i pieczęci opatrzonej stanowiskiem imieniem i nazwiskiem oraz numerem prawa wykonywania zawodu.
3. 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, a także do poddania się kontroli Udzielającego zamówienie w zakresie realizacji niniejszej umowy oraz inne organy uprawnione do kontroli.
W wyniku przeprowadzonej kontroli Udzielający zamówienie może wydać zalecenia pokontrolne zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w wyznaczonym przez siebie terminie.

4. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących u Udzielającego zamówienie .
5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego udzielającego zamówienie 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 z obowiązującymi przepisami. Nie dotyczy to odzieży i obuwia wymaganego na Sali operacyjnej oraz środków ochrony osobistej w przypadku udzielania świadczeń pacjentom zakażonym lub z podejrzeniem zakażenia sars-cov-2.
7. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienie, procedur akredytacyjnych.
8. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje, prawo do:

a) zasięgania opinii i korzystania z konsultacji i doświadczeń pozostałego personelu niezależnie od formy jego zatrudnienia ,a także jest zobowiązany w takim samym zakresie współpracować z personelem i Udzielającym Zamówienie.
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, sprzęt medyczny i aparaturę niezbędną do wykonywania niniejszej umowy, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do używania ich zgodnie z przeznaczeniem, instrukcjami oraz należytą dbałością, w ramach udzielanych przez siebie świadczeń dla pacjentów Udzielającego Zamówienie.
10. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do zachowania najwyższej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. oraz innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewnia ochrony danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z uregulowaniami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie, z którymi oświadcza, że się zapoznał oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku. Wszelkie pozyskane dane zobowiązuje się przetwarzać wyłącznie na potrzeby niniejszej umowy.
12. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy zgodnie z zasadami dobrej praktyki i etyki, rzetelnie, z zachowaniem najwyższej staranności zgodnie z aktualnymi osiągnięciami medycyny, oraz realizować czynności z poszanowaniem praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
13. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykorzystania udostępnionych pomieszczeń, sprzętu medycznego i aparatury medycznej wyłącznie do celów związanych z realizacją niniejszej umowy z zachowaniem obowiązujących zasad ich użytkowania oraz do nie udostępniania ich osobom trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienie.
14. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek przekazania Ordynatorowi/Kierownikowi komórki organizacyjnej/ kolejnej zmianie jako przedstawicielowi Udzielającego Zamówienie każdorazowo po zakończeniu dyżuru informacji dotyczących przebiegu wykonanych czynności z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjentów w formie i czasie przyjętym w Oddziale(raporty, odprawy, konsultacje itp.).

§ 13
Odpowiedzialność Przyjmującego Zamówienie.

1. Niezależnie od odpowiedzialności określonej w § 6 oraz kar umownych określonych w §3 ust 7 i w § 9 ust. 7 Udzielający Zamówienie może obciążyć Przyjmującego Zamówienie karami umownymi w wysokości 7 krotności stawki godzinowej wskazanej w § 8 ust 1 w następujących poszczególnych przypadkach:

a) nieuzasadnionej odmowy udzielenia pacjentowi świadczeń, za każdą odmowe,
b) udaremnienia kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienie oraz NFZ albo nie wykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
c) pobierania nienależnych opłat od pacjentów za świadczenia będące przedmiotem umowy,
d) braku autoryzacji/podpisów lub ich niewłaściwość z wymogami w zakresie sporządzania dokumentacji medycznej przy realizacji świadczeń zdrowotnych,
e) w przypadku powtarzających się uzasadnionych skarg pacjentów (więcej niż dwie),
f) nie przekazania dokumentacji medycznej Przyjmującemu Zamówienie w terminie lub nie sporządzenia dokumentacji medycznej lub sporządzenia jej niewłaściwie,

2. O nałożeniu kary Udzielający Zamówienie informuje Przyjmującego Zamówienie na piśmie z podaniem uzasadnienia.
3. Zapłata kar umownych będzie następowała na zasadach określonych w § 9 ust.7,
4. Obciążenie Przyjmującego Zamówienie karami umownymi nie wyklucza prawa Udzielającego Zamówienie do dochodzenia względem Przyjmującego Zamówienie odszkodowania na zasadach ogólnych określonych w ustawie kodeks cywilny.

§ 14
Klauzula poufności

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości iż wszelkie informacje, które pozyskał lub będą zawarte w udostępnianych mu dokumentach w związku z wykonywaniem przez niego czynności w ramach niniejszej umowy mają charakter informacji poufnych stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa Udzielającego Zamówienie („Informacje Poufne").
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuję się zatem do:

a) zachowania w całkowitej poufności informacji o których mowa w ust. 1 i korzystania z nich wyłącznie w celu wykonania niniejszej umowy;
b) podjęcia niezbędnych działań dla zapewnienia poufności otrzymanych informacji.

3. Wymogi zawarte w ust. 2 nie będą miały zastosowania do tych informacji, które:

a) są opublikowane, powszechnie znane lub urzędowo podane do publicznej wiadomości,
b) podlegają ujawnieniu na podstawie bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, jeżeli zostały ujawnione w trybie przewidzianym tymi przepisami.

4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że Informacje Poufne nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu niż w celu realizacji umowy , a w szczególności nie będą wykorzystywane w celu sprzecznym z interesem Udzielającego Zamówienie oraz zobowiązuje się do nierozpowszechniania, nierozprowadzania, niepowielania, nieujawniania w jakikolwiek inny sposób lub w jakiejkolwiek formie tych informacji osobom trzecim bez uprzedniej zgody Zamawiającego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
5. Udzielający Zamówienie zobowiązuje Przyjmującego Zamówienie do zabezpieczenia i przechowywania uzyskanych Informacji Poufnych w formie: materialnej, nośników elektrycznych, a także w systemach teleinformatycznych, w warunkach zapewniających brak swobodnego dostępu do nich osobom nieupoważnionym oraz do korzystania z tych Informacji Poufnych z najwyższą starannością wymaganą przy zabezpieczeniu tego typu informacji, ażeby nie dopuścić do utraty kontroli (w szczególności rozpowszechnienia, uzyskania dostępu przez kogokolwiek) nad Informacjami Poufnymi.
6. Obowiązek zachowania przez Przyjmującego Zamówienie poufności obowiązuje także po rozwiązaniu niniejszej umowy na czas nieokreślony.

7. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, że w przypadku naruszenia przez niego zapisów ust. 1- 6 będzie zobowiązany do naprawienia szkody wyrządzonej z tego tytułu Udzielającemu Zamówienie.

§ 15
Zmiany w umowie

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Strony dopuszczają w uzasadnionych przypadkach możliwość wydłużenia czasu trwania umowy na czas nie dłuższy niż do 4 miesięcy.

§ 16
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.

*** niepotrzebny zapis skreślić.

**** w przypadku stawek nie mających zastosowania do umowy należy wpisać zwrot „nie dotyczy"

Zapoznałem/am się z treścią umowy i akceptuję jej treść

.....

Podpis

Załącznik nr 1 do umowy nr .....

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

Imię i nazwisko.....

Oddział / Komórka organizacyjna.....

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Podpis zatrudnionego	Godzina zakończenia	Ilość godzin	Podpis zatrudnionego	Kierownika komórki organizacyjnej oraz Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa
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 pieczątka zatrudnionego

.....
Podpis i pieczątka zatwierdzającego

Sporządził: .....
...

Potwierdził realizację : ...

Załącznik nr 2 do umowy nr .....

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

Załącznik nr 3 do umowy nr .....

Rachunek numer	
z dnia	

Wystawił

Imię i nazwisko		Miejscowość	
PESEL		Ulica	
NIP	nie wymagany	Nr domu	
Nr tel.	-	Poczta	

Urząd Skarbowy:	
Numer rachunku bankowego:	

Rachunek wystawiono dla:

Nazwa Zleceniodawcy	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.
Adres Zleceniodawcy	41-605 Świętochłowice, ul. Chorzowska 38
NIP Zleceniodawcy	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:

.....

Załącznik nr 4 do umowy.....

Zakres świadczeń zdrowotnych

1.Prowadzenie psychoterapii indywidualnej, poradnictwa, diagnostyki psychologicznej.
2.Konsultowanie prowadzonych pacjentów z lekarzem psychiatrą.
3.Prowadzenie dokumentacji medycznej.
4.Współpraca z ośrodkami pomocy społecznej.
5.Psychoterapia indywidualna.
6.Poradnictwo psychologiczne.
7.Diagnostyka psychologiczna.
8.Edukacja pacjentów i ich rodzin.
9.Zajęcia grupowe - psychoterapia, treningi umiejętności społecznych, zajęcia relaksacyjne.
10.Rozmowy w zespole dotyczące postępów terapeutycznych.
11.Uczestniczenie w społeczności terapeutycznej.
12.Znajomość i stosowanie procedur w zakresie standardów akredytacyjnych.
13.Określanie dalszego planu terapeutycznego pacjenta po zakończeniu hospitalizacji.

Pozostałe czynności

1.Wykonywanie innych czynności, nie ujętych w niniejszym zakresie, jeżeli:
a) zostały wydane przez osobę nadzorującą lub upoważnionego pracownika i zgodnie z jego kompetencjami,
b) są zgodne z obowiązującym prawem,
c) odpowiadają rodzajowi świadczeń określonych w umowie.
2. W razie usprawiedliwionej nieobecności zastępstwo pełni osoba wyznaczona pisemnie przez udzielającego zamówienie zgodnie z obowiązującym drukiem pn.„Wniosek o udzielenie zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń".
3. Osoba zatrudniona w ramach umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne może zostać powołana do wykonywania zadań w ramach zespołów zadaniowych funkcjonujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o. (komisjach, zespołach, komitetach).

Zapoznałem/am się z zakresem obowiązków i akceptuję

.....

Podpis

Załącznik nr 9

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DO CELU PRZEPROWADZANIA KONURSÓW W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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), zwanego dalej „RODO", informujemy, że:

1.Administratorem danych osobowych jest ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Świętochłowicach Sp. z o.o. z siedzibą przy ulicy Chorzowskiej 38, [kod pocztowy: 41-605] Świętochłowice. Kontakt do Administratora telefoniczny +48 [32] 621 95 35 lub e-mail: sekretariat@zoz.net.pl

2.Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować poprzez e-mail: iodo@zoz.net.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora z dopiskiem „dla IOD".

3.Administrator pozyskał dane osobowe bezpośrednio od Pani/Pana. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich brak uniemożliwi rozstrzygniecie konkursu ofert, a następnie nawiązanie współpracy pomiędzy stronami oraz zawarcie umowy i jej realizację.

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w następujących celach:

a) przetwarzanie w celu podjęcia działań na Pani/Pana żądanie (złożona oferta konkursowa) przed zawarciem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, dalej w przypadku wybrania Pani/Pana w ramach konkursu zawarcie umowy i jej realizacja – podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. b) RODO;

b) przetwarzanie w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w zakresie *księgowym związanym z wykonaniem umowy,* archiwizowaniem dokumentów – podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. c) RODO;

c) przetwarzanie w celu uzasadnionego interesu Administratora w zakresie dochodzenia lub obrony przed roszczeniami – podstawa prawna art. 6 ust.1 f) RODO;

5.Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych w pewnych zakresach mogą być instytucje umocowane na mocy odrębnych przepisów prawa, w tym Pani/Pana dane osobowe po dokonanym wyborze będą publikowane na Biuletynie Informacji Publicznej, czy będą przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia, dostęp do Pani/Pana danych osobowych mogą mieć również inne podmioty, jeśli wykażą interes prawny w dostępie do tych danych.

6.Dane osobowe Pani/Pana dotyczące będą przetwarzane *przez czas obowiązywania umowy i w zakresie* niezbędnym do realizacji wskazanych w niniejszej klauzuli celów przetwarzania, *a po jej zakończeniu (wygaśnięciu, rozwiązaniu) dane będą przechowywane* przez okres odpowiadający okresowi przedawnienia roszczeń. Jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej, termin przedawnienia wynosi lat sześć, a dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej - trzy lata. Okresy liczymy w latach od końca roku kalendarzowego*. W zakresie wewnętrznych celów administracyjnych do czasu całkowitego wypełnienia uzasadnionych interesów Administratora stanowiących podstawę tego przetwarzania lub do czasu wniesienia przez osobę, której dane dotyczą sprzeciwu wobec takiemu przetwarzaniu.

7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO oraz nie będą poddawane profilowaniu.

8. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo:

a) do dostępu do treści swoich danych osobowych;

b) do sprostowania danych, które są nieprawidłowe;

c) do żądania usunięcia danych, o ile istnieją przesłanki, iż przetwarzane jest niezgodnie z prawem albo przetwarzanie danych nie jest już niezbędne dla realizacji celów określonych przez Administratora;
d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
e) prawo do żądania przeniesienia danych do innego administratora;
W celu zgłoszenia realizacji swoich praw należy przesłać żądanie i kontaktować się na dane wskazane w pkt. 1 i 2 niniejszej klauzuli. Administrator zrealizuje przysługujące osobie, której dane dotyczą prawa w zależności od podstawy prawnej i celu przetwarzania tych danych i w odniesieniu do innych przesłanek RODO.
9.W przypadku uznania, przez Państwa, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących w sposób uzasadniony narusza przepisy z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku [RODO], przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl, infolinia 606-950-000].
10.Dane osobowe Pani/Pana dotyczące Administrator nie będzie przekazywał do państwa trzeciego spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub do organizacji międzynarodowych.

**Odrębne liczenie terminu dla każdej zawartej umowy czy procesu przetwarzania wiązałoby się z istotnymi trudnościami organizacyjnym i technicznymi, jak również znaczącym nakładem finansowym, dlatego ustanowienie jednej daty usuwania lub niszczenia danych osobowych pozwala nam sprawniej zarządzać tymi procesami.*

.....

Podpis

Załącznik nr 10*

Świętochłowice, dn. .....

Oświadczam, iż dokumenty potwierdzające moje wykształcenie oraz kwalifikacje są już w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.

.....

Podpis oferenta

*Wypisują osoby, które posiadają aktualną umowę cywilno-prawną.