

# OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT

## na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa, w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym 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) 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 **położnictwa w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** 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 Zamówienia 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) **oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w kierowaniu zespołem** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 11** do niniejszego Regulaminu,
- m) **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),

86.90.11	Usługi świadczone przez położne
----------	---------------------------------

### Świadczenia stacjonarne, całodobowe oraz ambulatoryjne

#### III Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **położnictwa, w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** 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. Poprzez podpisanie niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie przyjmuje w szczególności następujące obowiązki:
  - a) pełnienie funkcji Położnej Oddziałowej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
  - b) obowiązek bieżącej i systematycznej współpracy Położnej Oddziałowej z kierownictwem Oddziału w zakresie dbania o racjonalne, efektywne i oszczędne finansowanie kosztów działalności Oddziału, a w szczególności w zakresie zapewnienia efektywności wykorzystania leków, środków farmaceutycznych, materiałów, wyrobów, produktów i urządzeń medycznych, wyposażenia, środków trwałych i innych składników majątku Oddziału.
  - c) organizowanie pracy podległego personelu pod względem zapewnienia całodobowej opieki nad pacjentkami i noworodkami w oddziałach
  - d) wykonywanie zawodu położnej zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej
  - e) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi zakładu,
  - f) nadzór nad zaopatrzeniem oddziałów w niezbędny sprzęt, leki i materiały,
  - g) nadzór nad utrzymaniem w prawidłowym stanie wyposażenia zarówno medycznego jak i gospodarczego znajdującego się w oddziałach
  - h) nadzór nad przygotowaniem materiałów, narzędzi i innych przedmiotów potrzebnych do wykonywania zabiegów,
  - i) nadzór i dokumentowanie ilości zużytego sprzętu oraz narzędzi chirurgicznych użytych podczas zabiegów,
  - j) nadzór nad utrzymaniem we wzorowej czystości i porządku pomieszczeń oddziałów oraz przestrzeganie wymogów sanitarno-epidemiologicznych,
  - k) weryfikacja stanów magazynowych w apteczkach i magazynach oddziałowych
  - l) sporządzanie sprawozdań z działalności oddziałów
  - m) nadzór nad właściwym przechowywaniem sprzętu oraz sterylnej materiału operacyjnego,
  - n) nadzór nad podawaniem leków,
  - o) nadzór oraz czynny udział w planowaniu indywidualnej opieki nad pacjentkami,
  - p) nadzór nad realizowaniem świadczeń medycznych,
  - q) prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej i nadzór nad nią,
  - r) edukowanie pacjentów i ich rodzin,
  - s) nadzór nad wysoką jakością udzielanych świadczeń położniczych/pielęgniarskich,
  - t) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej,
  - u) dbanie o prawidłowe postępowaniem z lekami, materiałem i sprzętem medycznym,
  - v) poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia pracy w oddziale oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń,
  - w) zapoznawanie się na bieżąco z obowiązującymi przepisami, procedurami, instrukcjami i stosowanie się do ich treści,
  - x) w realizacji zadań współpracowanie z personelem oddziału, bezpośrednim przełożonym, lekarzami, pracownikami innych komórek organizacyjnych i służbami pomocniczymi,
  - y) uczestniczenie w pracach zespołów terapeutycznych, informowanie przełożonych o ważnych

- wydarzeniach w oddziałach,
- z) przekazywanie pacjentowi i/lub osobie upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, istotnych informacji w zakresie procesu pielęgnowania,
  - aa) uczestniczenie w szkoleniach wewnątrzzakładowych i na polecenie przełożonego przygotowanie i prowadzenie szkolenia,
  - bb) podnoszenie swoich kwalifikacji i umiejętności zawodowych w szkoleniach zewnętrznych,
  - cc) uczestniczenie w adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników, słuchaczy/studentów szkół medycznych,
  - dd) zachowanie drogi służbowej tj. sprawy z którymi zwraca się Przyjmujący Zamówienie do zwierzchnika wyższego szczebla powinny być zaopiniowane przez bezpośredniego przełożonego. Nie dotyczy skargi na bezpośredniego przełożonego.
2. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
  3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przez Udzielającego Zamówienia oraz 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.
  4. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
  5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
  6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji Przyjętego Zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie Udzielającego Zamówienia. Nie dotyczy to odzieży i obuwia wymaganego na Sali operacyjnej.
  7. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.
  8. Przyjmujący Zamówienie w ramach niniejszej umowy ma obowiązek wykonywać też inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami, a także czynności które nie są objęte niniejszym zakresem, a zostały zlecone przez przełożonego.

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

01.07.2024 – 30.06.2027 r.

#### **V. Wymagania od oferentów**

Oferty mogą składać osoby spełniające wymagania:

1. Warunek wymagany:

- prawo wykonywania zawodu położnej oraz dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku/specjalności położnictwo (licencjat lub magister) – udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty.
- działalność gospodarcza lub umowa zlecenie (zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej osiągając co najmniej minimalne wynagrodzenie),

2. Do konkursu nie może przystąpić osoba, która świadczy usługi dla Udzielającego Zamówienie w zakresie **położnictwa, w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** w wymaganym terminie realizacji (01.07.2024 – 30.06.2027 r.).

3. Warunek pożądaný:

- posiadanie specjalizacji w dziedzinach medycznych, właściwych zakresowi działania oddziału,
- posiadanie dodatkowych umiejętności / kursów / certyfikatów / szkoleń, właściwych zakresowi działania oddziału,

- studia podyplomowe z zakresu zarządzania.

#### **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) oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w kierowaniu zespołem -Załącznik nr 11,
- 12) 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 **położnictwa, w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** 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 03.06.2024 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 10.06.2024 roku**

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

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

**Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 10.06.2024 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

a) dodatkowe kursy, szkolenia, specjalizacje:

- 1-3- 3 punktów
- 4 ≤ - 7 punktów

b) wykształcenie:

- licencjat położnictwa - 7pkt
- mgr położnictwa – 10 pkt

c) studia podyplomowe z zakresu zarządzania -3 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 2210..... 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 <b>położnictwa, w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym</b> w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. bez zróżnicowania na dni robocze, soboty, niedziele i święta.	..... zł <b>brutto słownie</b> (..... złotych brutto 00/100)
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 <b>brutto</b> 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.

### **ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na stronie internetowej [www.zoz.net.pl](http://www.zoz.net.pl) oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o..

\* dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą

Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego

mgr Katarzyna Migoń-Kulbacka



Prezes Zarządu

Anita Przytocka



PROKURENT  
GŁÓWNY KSIĘGOWA

Begonia Wolny



Radca Prawny  
Małgorzata Eudzińska



## 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)

2. Data złożenia oferty: .....2024 roku.

3. Proponowana kwota należności:

L. p.	Zakres	Cena jednostkowa brutto
1.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa, w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym 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.	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 położnictwa w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym 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 .....

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/polisę 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 8.

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 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

**UMOWA NR .../.../. /2024  
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA 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:

.....

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, że 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 zawieszane.
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 zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej\*\*\* i 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 **położnictwa, w tym pełnienia funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.**
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.

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 niniejszą 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 zakończenia 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 01.07.2024 r. do dnia 30.06.2027 r.
2. Upiływ 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 Zamówienia zobowiązuje się do zapłaty za wykonane umowy:  
kwotę ..... zł brutto słownie: .....zł za 1 godzinę (60 min) bez różnicowania 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 Pielęgniarkę Naczelną – 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 14 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 upływie 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 potrącenia 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 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.
9. Niezależnie od obciążenia Przyjmującego Zamówienia 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 Zamówienia.
  - h) Przyjmujący Zamówienie bez zgody i wiedzy Udzielającego Zamówienia nie wykonuje świadczeń do wykonywania których się zobowiązał w dniach określonych w harmonogramie o którym mowa w § 10 ust. 2,
  - i) Przyjmujący Zamówienie stawiał się u Udzielającego Zamówienia 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 w szczególności następujące obowiązki:
  - a) pełnienie funkcji Położnej Oddziałowej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
  - b) obowiązek bieżącej i systematycznej współpracy Położnej Oddziałowej z kierownictwem Oddziału w zakresie dbania o racjonalne, efektywne i oszczędne finansowanie kosztów działalności Oddziału, a w szczególności w zakresie zapewnienia efektywności wykorzystania leków, środków farmaceutycznych, materiałów, wyrobów, produktów i urządzeń medycznych, wyposażenia, środków trwałych i innych składników majątku Oddziału.
  - c) organizowanie pracy podległego personelu pod względem zapewnienia całodobowej opieki nad pacjentkami i noworodkami w oddziałach,
  - d) wykonywanie zawodu położnej zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej,
  - e) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi zakładu,

- f) nadzór nad zaopatrzeniem oddziałów w niezbędny sprzęt, leki i materiały,
  - g) nadzór nad utrzymaniem w prawidłowym stanie wyposażenia zarówno medycznego jak i gospodarczego znajdującego się w oddziałach,
  - h) nadzór nad przygotowaniem materiałów, narzędzi i innych przedmiotów potrzebnych do wykonywania zabiegów,
  - i) nadzór i dokumentowanie ilości zużytego sprzętu oraz narzędzi chirurgicznych użytych podczas zabiegów,
  - j) nadzór nad utrzymaniem we wzorowej czystości i porządku pomieszczeń oddziałów oraz przestrzeganie wymogów sanitarno-epidemiologicznych,
  - k) weryfikacja stanów magazynowych w apteczkach i magazynach oddziałowych
  - l) sporządzanie sprawozdań z działalności oddziałów,
  - m) nadzór nad właściwym przechowywaniem sprzętu oraz sterylnego materiału operacyjnego,
  - n) nadzór nad podawaniem leków,
  - o) nadzór oraz czynny udział w planowaniu indywidualnej opieki nad pacjentkami,
  - p) nadzór nad realizowaniem świadczeń medycznych,
  - q) prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa/położniczej i nadzór nad nią,
  - r) edukowanie pacjentów i ich rodzin,
  - s) nadzór nad wysoką jakością udzielanych świadczeń położniczych/pielęgniarskich,
  - t) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej,
  - u) dbanie o prawidłowe postępowaniem z lekami, materiałem i sprzętem medycznym,
  - v) poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia pracy w oddziale oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń,
  - w) zapoznawanie się na bieżąco z obowiązującymi przepisami, procedurami, instrukcjami i stosowanie się do ich treści,
  - x) w realizacji zadań współpracowanie z personelem oddziału, bezpośrednim przełożonym, lekarzami, pracownikami innych komórek organizacyjnych i służbami pomocniczymi,
  - y) uczestniczenie w pracach zespołów terapeutycznych, informowanie przełożonych o ważnych wydarzeniach w oddziałach,
  - z) przekazywanie pacjentowi i/lub osobie upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, istotnych informacji w zakresie procesu pielęgnowania,
  - aa) uczestniczenie w szkoleniach wewnętrzzakładowych i na polecenie przełożonego przygotowanie i prowadzenie szkolenia,
  - bb) podnoszenie swoich kwalifikacji i umiejętności zawodowych w szkoleniach zewnętrznych,
  - cc) uczestniczenie w adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników, słuchaczy/studentów szkół medycznych,
  - dd) zachowanie drogi służbowej tj. sprawy z którymi zwraca się Przyjmujący Zamówienie do zwierzchnika wyższego szczebla powinny być zaopiniowane przez bezpośredniego przełożonego. Nie dotyczy skargi na bezpośredniego przełożonego.
2. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
  3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przez Udzielającego Zamówienia oraz 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.
  4. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
  5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
  6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji Przyjętego Zamówienia zgodnie ze wzorem



- odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie Udzielającego Zamówienia. Nie dotyczy to odzieży i obuwia wymaganego na Sali operacyjnej.
7. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.
  8. Przyjmujący Zamówienie w ramach niniejszej umowy ma obowiązek wykonywać też inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami, a także czynności które nie są objęte niniejszym zakresem, a zostały zlecone przez przełożonego.
  9. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje, prawo do:
    - a) zasięgania opinii i korzystania z konsultacji i doświadczeń pozostałego personelu (których z Udzielającym Zamówienie łączy umowa o pracę, umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub umowa zlecenie),
    - b) współpracy z personelem medycznym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych,
    - c) korzystania z telefonu służbowego wyłącznie w sprawach związanych z przedmiotem niniejszej umowy.
  10. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie leki, materiały medyczne i opatrunkowe oraz lokale, sprzęt medyczny i aparaturę niezbędne do wykonywania niniejszej umowy a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do używania ich zgodnie z przeznaczeniem instrukcjami oraz należytą dbałością.
  11. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do przestrzegania 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 zapewnia ochronę danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku i zobowiązuje się je przetwarzać wyłącznie na potrzeby niniejszej umowy.
  12. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy lub wyrządzenia szkody Udzielającemu Zamówienia lub osobie trzeciej, Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje zwinione działania lub zaniechania do pełnej wysokości szkody powstałej w związku z wykonywaną umową.
  13. W przypadku naruszenia zakazu określonego w § 9 ust 8 Przyjmujący Zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości dokonanej cesji, poręczenia, czy innej czynności dokonanej ze zobowiązaniami Udzielającego Zamówienia.
  14. Przyjmujący Zamówienie na potrzeby wykonywanej umowy korzysta ze sprzętu oraz środków medycznych Udzielającego Zamówienia.

### **§ 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 odmowę,
  - b) udaremnienia kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia 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 Zamówienia informuje Przyjmującego Zamówienia 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 zobowiązuje 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 jakiegokolwiek 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.

\* 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***

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	Podpis Pielęgniarki Naczelnej
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Razem:						

.....  
Podpis i pieczęćka zatrudnionego.....  
Podpis i pieczęćka zatwierdzającego

Załącznik nr 2 do umowy .....

Świętochłowice, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko osoby)

.....  
(komórka organizacyjna)

.....  
(pełniona funkcja)

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

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

*Krótkie uzasadnienie nieobecności:*

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

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

.....  
(podpis osoby wnioskującej)

.....  
(podpis osoby zastępującej)

.....  
(akceptacja bezpośredniego przełożonego)

.....  
(akceptacja Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/  
Naczelną Pielęgniarką)

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

nie wymagany

PESEL

NIP

Nr tel.

Miejscowość

Ulica

Nr domu

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:

.....

**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](mailto:sekretariat@zoz.net.pl)
- 2.Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować poprzez e-mail: [iodo@zoz.net.pl](mailto: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 rozstrzygnięcie 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 dokonany 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](mailto: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



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.

Świętochłowice, dn. ....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż posiadam .....(wskazać okres czasu) doświadczenie w kierowaniu zespołem.

.....

Podpis oferenta