

# REGULAMIN KONKURSU OFERT

## na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej polegającej na przeprowadzaniu opisów i ocen badań TK oraz RTG w oparciu o przekazane dane medyczne, drogą teletransmisji

### I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 799 z późn. zm.) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 146)
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

### II. Definicje

Ilekroć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

- a) **Udzielającym Zamówienie** – rozumie się przez to Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
- b) **przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej polegającej na przeprowadzaniu opisów i ocen badań TK oraz RTG w oparciu o przekazane dane medyczne, drogą teletransmisji,
- c) **formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
- d) **oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,
- e) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
- f) **oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
- g) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiące **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
- h) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty bądź osoby, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

(PKWiU – usługi w zakresie opieki zdrowotnej)

### III. Opis przedmiotu zamówienia

III. Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej polegającej na przeprowadzaniu opisów i ocen badań TK oraz RTG w oparciu o przekazane dane medyczne, drogą teletransmisji.

Dokładny opis przedmiotu zamówienia został zawarty w: Załączniku nr 5- wzór umowy Ilość badań uzależniona jest od ilości pacjentów i ich dolegliwości. Udzielający zamówienia będzie składał w ciągu trwania umowy zamówienia wg rzeczywistych potrzeb.

Szacunkowe roczne zapotrzebowanie Udzielającego Zamówienia:

Opisy badań TK – 859 w tym 63 Angio TK (tryb CITO)

Opisy badań RTG – 103 (tryb CITO)

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

01.08.2024 r. – 31.07.2025 r.

#### **V. Wymagania od oferentów**

Oferty mogą składać podmioty spełniające wymagania:

- oferenci winni dysponować kadrą medyczną, wyposażeniem w aparaturę medyczną i sprzęt oraz materiałami gwarantującymi świadczenia medyczne na najwyższym możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów;
- świadczenia powinny być wykonywane w lokalach oferenta, w których będą zagwarantowane odpowiednie warunki do udzielania świadczeń;
- oferenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń.

#### **Przyjmujący zamówienie powinien:**

- zapewnić całodobowy dostęp do wsparcia technicznego pod wyznaczonymi numerami telefonów;
- zapewnić możliwość oznaczania wysłanych badań jako CITO
- zapewnić możliwość przesyłania w systemie informacji wewnętrznej (notatki) dotyczącej badania – umożliwiającej bezpośrednią komunikację między technikiem i lekarzem opisującym oraz przekazywanie uwag metodycznych;
- moduł teleradiologii Przyjmującego Zamówienie musi integrować się z systemem RIS/PACS oprogramowaniem teleradiologii firmy Alteris, który funkcjonuje u Udzielającego Zamówienie z możliwością: zalecania opisów badań bezpośrednio z systemu RIS; automatycznego (tj. bez konieczności ingerencji użytkownika) importu treści opisów badań z systemu teleradiologicznego do systemu RIS natychmiast po utworzeniu i przesłaniu ich w systemie teleradiologii – co zapewni m.in. dostępność do wyników badań na oddziałach szpitalnych w przypadku integracji RIS-HIS oraz obecność badania na płycie CD, nagrywanej dla pacjenta z systemu RIS. Koszty pełnej integracji z systemem RIS/PACS oprogramowaniem teleradiologii firmy Alteris, który funkcjonuje u Udzielającego Zamówienie, pokrywa Przyjmujący Zamówienie. Pełna integracja systemu jak i jej koszty leżą po stronie Przyjmującego Zamówienie, pełna integracja musi nastąpić od pierwszego dnia udzielania świadczeń zdrowotnych.
- wysyłania poprzednich badań pacjenta dostępnych w systemie RIS do systemu teleradiologicznego celem dokonania porównania z bieżącym badaniem, z możliwością ręcznego przypisywania porównań do zleconych opisów badań.

#### **VI. Termin związania ofertą**

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

#### **VII. Zawartość oferty**

Oferta musi zawierać:

- a) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
- b) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2,
- c) kopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie – załącznik nr 3,
- d) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
- e) zaakceptowany - załącznik nr 5 – „wzór umowy”,
- f) oświadczenie oferenta o posiadaniu właściwych uprawnień, aparatury i sprzętu medycznego oraz personelu niezbędnych do realizacji zamówienia, które powinno być wykonywane terminowo zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.

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

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Nie dopuszcza się składania oferty częściowej.
4. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
5. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
6. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie. (nie dotyczy ofert składanych elektronicznie).

- **opis koperty:**

nazwa i adres oferenta .....

data .....

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach  
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Chorzowska 38  
41 – 605 Świętochłowice

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **diagnostyki obrazowej polegającej na przeprowadzaniu opisów i ocen badań TK oraz RTG w oparciu o przekazane dane medyczne, drogą teletransmisji**

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

1. Oferty należy składać w Kancelarii Ogólnej siedziby udzielającego zamówienia do dnia 18.07.2024 r. do godziny 15.00. W przypadku ofert w formie elektronicznej, wszystkie strony oferty należy opatrzyć podpisem kwalifikowanym i w formie zaszyfrowanej przesać na adres mailowy: [sekretariat@zoz.net.pl](mailto:sekretariat@zoz.net.pl) do dnia 18.07.2024 r. do godziny 15.00. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.
2. W przypadku ofert nadesłanych pocztą decyduje data wpływu do siedziby udzielającego zamówienia.

### **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: 25.07.2024 r.

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

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

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 26.07.2024 r.

#### XII Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium oceny ofert – cena 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
3. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku.

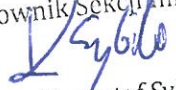
#### XIII Skargi i protesty

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 2024, poz. 799 z późn. zm.).

#### XIV Dodatkowe informacje

1. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania bez podania przyczyny.

Kierownik Sekcji Informatyki

  
Krzysztof Sybilla

Dział Organizacyjno - Prawny  
Specjalista  
ds. kontrolowania świadczeń zdrowotnych

  
Jolanta Więczorek

Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego

  
mgr Katarzyna Miłoś-Kulba

  
Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa

  
lek. med. Elwira Zajac



**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, 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 2024, poz. 799 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	Opis/ocena 1 badania TK (jedna okolica) w trybie CITO	.....  Słownie .....
2	Opis/ocena 1 badania RTG (jedna okolica) w trybie CITO	.....  Słownie .....

Dane oferenta	
	Nazwa oferenta: ..... .....
	Adres: ..... ..... .....
	Numer wpisu do właściwego rejestru:..... Organ dokonujący wpisu do rejestru:.....

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej polegającej na przeprowadzaniu opisów i ocen badań TK oraz RTG w oparciu o przekazane dane medyczne, drogą teletransmisji

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

**OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA**

Nazwa oferenta:.....  
.....

Adres.....

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

Tel. kontaktowy .....

Adres e-mail .....

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem .....
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- Nie dotyczy

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

\* wypełnić właściwie

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

.....  
.....

Adres.....

Oświadczam, że posiadam ważną i opłaconą polisę / polisy ubezpieczenia OC w związku z wykonywaniem niniejszej umowy które zobowiązuję się utrzymywać przez cały okres trwania umowy.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam / em się z warunkami konkursu, zdobyłam/em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

- WZÓR UMOWY -  
UMOWA ...../ORG/P/....

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Zawarta dnia ..... roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

**Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**  
z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450  
**reprezentowanym przez:**

.....  
.....

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

**a**

.....  
z siedzibą w ..... kod ( - ), przy ulicy.....  
wpisanym do ..... prowadzonym przez .....  
pod numerem: .....  
**reprezentowanym przez:**

.....

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

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej polegających na przeprowadzaniu opisów i ocen badań TK (CITO) oraz RTG (CITO) w oparciu o dane medyczne przekazane przyjmującemu zamówienie przez udzielającego zamówienie drogą teletransmisji.
2. Jako pojedyncze badanie należy rozumieć badanie dotyczące jednej okolicy anatomicznej ustalonej zgodnie z regułami sztuki medycznej.
3. W celu zapewnienia realizacji niniejszej Umowy, przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przygotowania technicznego zaplecza niezbędnego do teletransmisji danych medycznych. W tym celu przyjmujący zamówienie zobowiązuje się, że dostarczy i zainstaluje u udzielającego zamówienie niezbędny sprzęt oraz oprogramowanie służące do teletransmisji danych medycznych oraz rozpocznie udzielanie świadczeń z pierwszym dniem obowiązywania niniejszej umowy. Koszty pełnej integracji z systemem RIS/PACS oprogramowaniem teleradiologii firmy Alteris, który funkcjonuje u Udzielającego Zamówienie, pokrywa Przyjmujący Zamówienie. Dokonanie pełnej integracji systemu leży po stronie Przyjmującego Zamówienie. Pełna integracja musi nastąpić od pierwszego dnia udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Wraz z dostarczeniem sprzętu i oprogramowania przyjmujący zamówienie dostarczy udzielającemu zamówienie licencji, obowiązującej w okresie obowiązywania niniejszej Umowy, na użytkowanie oprogramowania. Licencja upoważnia udzielającego zamówienie do używania oprogramowania na jednym komputerze.
5. Udzielający zamówienie nie jest upoważniony do dokonywania kopii oprogramowania.



6. Przyjmujący zamówienie zapewni należyte zabezpieczenie dostępu do transmitowanych danych przed osobami niepowołanymi, w szczególności zobowiązany jest do zakodowania danych tak by bez stosownego klucza były bezużyteczne i nieczytelne.
7. W trakcie obowiązywania Umowy, przyjmujący zamówienie zapewnia obsługę techniczną i informatyczną sprzętu i oprogramowania służącego do transmisji danych.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do odbioru sprzętu i/lub nośnika, na jakim zapisane jest oprogramowanie służące do transmisji danych w terminie do 14 dni od upływu terminu, na jaki niniejsza umowa została zawarta, a w przypadku wcześniejszego rozwiązania Umowy - w terminie do 14 dni od daty rozwiązania umowy.
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przeprowadzenia stosownych szkoleń dla wskazanego przez udzielającego zamówienie personelu medycznego i technicznego w siedzibie udzielającego zamówienie bądź w formie zdalnej, w celu realizacji świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej, zgodnie z zasadami sztuki medycznej uwzględniającej najnowsze standardy – ,0
10. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do utworzenia i utrzymania na własny koszt połączenia teleinformatycznego dla celu przekazywania danych, zgodnie z ustalonymi parametrami i standardami technicznymi wymienionymi poniżej:
  - a) łącze internetowe o przepustowości nie mniejszej niż 1 Mbit/s w kierunku wychodzącym, z zewnętrznym adresem IP;
  - b) linia telefoniczna z funkcją tel/fax;
  - c) komputer PC z systemem minimum Windows 7 wyposażony w skaner;
  - d) drukarka.
11. Udzielający Zamówienia wykonywać będzie badania podlegające opisowi i ocenie przez przyjmującego zamówienie zgodnie z zasadami sztuki medycznej uwzględniającej najnowsze standardy stosowane przy realizowaniu świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej z uwzględnieniem szczegółowych ustaleń podjętych z przyjmującym zamówienie, w szczególności odnoszących się do zasad i metodologii akwizycji i transmisji danych, wymienione poniżej:
  - a) wykonywanie badań przesyłanych do opisów.
  - b) przesyłanie pełnej treści oryginalnego skierowania na badanie.

## § 2

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:

a) ciągłego i nieprzerwanego, tj. przez 24 h na dobę, przez cały rok, wykonywania opisów otrzymywanych od udzielającego zamówienie badań TK oraz RTG. Opisy będą wykonywane przez personel medyczny posiadający właściwe kwalifikacje oraz wiedzę fachową niezbędną do rzetelnego wykonywania niniejszej umowy - wykaz lekarzy specjalistów dokonujących opisów badań na dzień zawarcia umowy stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej umowy. Lista lekarzy specjalistów wykonujących opisy może ulec zmianie w formie aneksu do niniejszej umowy;

b) pomocy dyżurnego lekarza w zakresie określenia metodyki badania. W wątpliwych przypadkach technik przeprowadzający badanie powinien nawiązać kontakt telefoniczny z lekarzem specjalistą opisującym przed rozpoczęciem badania;

c) przesyłania udzielającemu zamówienie sporządzonych opisów zawierających podpis lekarza opisującego, drogą elektroniczną lub w przypadku awarii drogi elektronicznej w formie faksu z pieczęcią i podpisem lekarza opisującego, nie później niż w ciągu dwóch godzin od momentu otrzymania pełnej transmisji danych i powiadomienia telefonicznego;

d) dostarczenia udzielającemu zamówienie oryginalnych opisów badań, zgodnych z opisami przesłanymi drogą elektroniczną lub przesłanych faksem, wymienionymi w §2 ust. 1 punkt c, raz w miesiącu.

- Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w ..... przy ul. ....

### § 3

- Strony ustalają, że w przypadku awarii sprzętu lub łącz, za które żadna ze stron nie ponosi odpowiedzialności ani też nie przyczyniła się do powstania takiego stanu, nie będą z tego tytułu wysuwane żadne roszczenia.
- Udzielający zamówienia dopuszcza przerwę techniczną do 6 godzin w wykonywaniu świadczeń przez przyjmującego zamówienie w celach konserwacji i aktualizacji oprogramowania, nie częściej niż raz na kwartał po uprzednim powiadomieniu udzielającego zamówienie w formie pisemnej z minimum tygodniowym wyprzedzeniem czasowym.
- Udzielający zamówienia nie będzie wysuwał żadnych roszczeń z tytułu trwania przerwy technicznej określonej w § 3 ust. 2.

### § 4

- Strony oświadczają, że dokumentacja medyczna, w tym wszelkie dane podlegają ochronie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- Strony oświadczają, że zarówno dokumentacja medyczna jak i dane pacjentów będą podlegały wszelkim rygorom, co do zasad ich przechowywania oraz udostępniania.

### § 5

- Strony niniejszym ustanawiają swoich przedstawicieli do realizacji niniejszej umowy w osobach:
  - ze strony przyjmującego zamówienie:
    - strona organizacyjna: .....
    - strona techniczna: .....
  - ze strony udzielającego zamówienie:
    - strona organizacyjna: .....
    - strona medyczna: .....
    - strona informatyczna: .....
- Przedstawiciele stron mają upoważnienie do podejmowania wszelkich ustaleń zmierzających do prawidłowej realizacji niniejszej umowy.

### § 6

- Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
- Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.
- Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania przedmiotu zamówienia nakładem własnym, bez udziału osób / firm pośredniczących.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli właściwego oddziału Narodowego Funduszu 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.
5. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek wspierać i wspomagać Udzielającego Zamówienie w przypadku wniesienia skargi lub wystąpienia z powództwem wobec Udzielającego Zamówienie jeżeli z okoliczności sprawy wynika lub można domniemywać, że powiązana jest ona z przedmiotem niniejszej umowy. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za prawidłowość wykonanych opisów i ocen badań i ich następstwa.
7. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienie wymaganej na piśmie pod rygorem nieważności.

#### § 7

1. Strony zgodnie ustalają, iż przyjmują jeden sposób kalkulacji należności, tj. przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał ..... zł (słownie: ..... 00/100 groszy za jeden opis/ocenę badania TK (jedna okolica) w trybie CITO.
2. Strony zgodnie ustalają, iż przyjmują jeden sposób kalkulacji należności, tj. przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał ..... zł (słownie: ..... 00/100 groszy za jeden opis/ocenę badania RTG (jedna okolica) w trybie CITO.
3. Kwoty, o których mowa w ust. 1-2 stanowią całkowitą należność za wykonanie przedmiotu umowy opisanego § 1 umowy.

#### § 8

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następowała w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty doręczenia faktury.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie zrzeka się nieodwołalnie prawa do dokonania cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy jak również ustanawiania na nich zastawów, innych obciążeń lub zawierania 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 nieskuteczności wobec Udzielającego Zamówienie.

#### § 9

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
2. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
3. Umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie.
4. Umowa została zawarta na okres **od 01 sierpnia 2024 roku do 31 lipca 2025 roku**.
5. 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.

#### § 10

1. Strony niniejszej umowy oświadczają, że dane Pacjentów udostępniane są drugiej Stronie zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581 z późn. zm.), a zatem po uzyskaniu danych stają się w stosunku do nich odrębnym administratorem w myśl przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: „RODO”).
2. Strony są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do zabezpieczenia i ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (t.j. Dz.U.2019 poz.1781 z późn. zm.) oraz z innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
3. Strony Umowy oświadczają, iż są administratorami danych osobowych swoich pracowników i współpracowników, których dane osobowe zostają udostępnione w celu realizacji przedmiotu umowy. W związku z tym każda ze stron umowy jest zobowiązana wypełnić obowiązki informacyjne wobec tych osób.

#### § 11

1.W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać i obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną w wysokości 2% wartości faktury za okres rozliczeniowy, w którym doszło do niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

2.Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku gdy wartość szkody przekracza wartość kar umownych lub jest z innego tytułu.

#### § 12

1. Udzielający Zamówienia prowadzi stałą kontrolę jakości usług teleradiologicznych.
2. Stała kontrola jakości usług radiologicznych obejmuje nadzór i monitoring:
  - a. Prawidłowości wykonywanych badań radiologicznych;
  - b. Zgodności i kompletności informacji zawartych w skierowaniu na badanie radiologiczne oraz w ocenie i opisie obrazu radiologicznego;
  - c. Błędów w ocenie i opisie obrazu radiologicznego;
  - d. Problemów technicznych oraz sposobu ich rozwiązania;
  - e. Przyczyn odmów świadczenia tych usług.
3. W ramach nadzoru nad Przyjmującym Zamówienie, Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo żądania przedstawienia dokumentacji, na podstawie której możliwe będzie zweryfikowanie prawidłowości wykonania badań radiologicznych oraz przyczyn odmowy świadczenia usługi. Za zgodą Przyjmującego Zamówienie kontrola może być wykonywana również w siedzibie Przyjmującego Zamówienie lub w innym miejscu, w którym wykonywane są świadczenia.
4. W ramach nadzoru, Przyjmujący Zamówienie może zostać wezwany do złożenia stosownych wyjaśnień oraz świadczeń. Przyjmujący Zamówienie udziela odpowiedzi w terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie nie krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania.
5. Kontrola i nadzór nad jakością usług teleradiologicznych wykonywana będzie przez upoważnionego pracownika Udzielającego Zamówienia. Osobą do kontaktu po stronie Przyjmującego Zamówienie ustanawia się .....
6. W przypadku stwierdzenia niezgodności lub błędów, Udzielający wprowadza działania korygujące i zapobiegawcze.
7. Udzielający Zamówienia prowadzi dokumentację kontroli jakości usług teleradiologicznych umożliwiającą prześledzenie całego procesu diagnostycznego pod względem merytorycznym i technicznym.

8. Dokumentacja kontroli jakości usług teleradiologicznych przechowywana będzie przez okres co najmniej 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym przeprowadzono kontrolę.

**§ 13**

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

**§ 14**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 15**

Wszelkie sprawy wynikające z umowy przez Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

**§ 16**

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

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

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

.....

**podpis**





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

l.p.	Data	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Rodzaj badania	Ilość

Razem:

### Ochrona danych osobowych

1. Integralną częścią umowy jest przedłożona przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych osób w ramach umowy oraz oświadczenie wypełnienia obowiązków informacyjnych ze wskazania Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.
2. Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. ma prawo żądać przekazania dowodów potwierdzających wykonanie zobowiązania w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych i zgodnie ze złożonym w tym zakresie oświadczeniem.

-----

.....

/pieczęć podmiotu/

.....

/miejsowość, data/

### OŚWIADCZENIE

W zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych  
przewidzianych w art. 13 i 14 ust. 1 i 2 RODO.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 RODO<sup>1</sup> wobec osób, których dane osobowe są przetwarzane w związku z zawartą umową, zgodnie z załącznikiem dołączonym do niniejszej umowy tj.:

- 1) Klauzula informacyjna dla reprezentanta, pełnomocnika – art. 13. ust. 1 i 2 RODO;
- 2) Klauzula informacyjna dla pracownika kontrahenta – art. 14 ust. 1 i 2 RODO;

.....  
/podpis osoby uprawnionej do złożenia oświadczenia/

<sup>1</sup> Rozporządzenie 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).

<b>Informacja Administratora Danych - Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. dotycząca przetwarzania danych osobowych reprezentantów/pełnomocników - na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO.</b>	
<b>Administrator danych</b>	Administratorem Danych Osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Chorzowskiej 38 w Świętochłowicach [kod pocztowy: 41-605]. Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres email: <a href="mailto:sekretariat@zoz.net.pl">sekretariat@zoz.net.pl</a> lub telefonicznie pod numerem: (+48) [32] 621 95 35 lub pisemnie na adres wskazany powyżej.
<b>Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych</b>	Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email: <a href="mailto:iodo@zoz.net.pl">iodo@zoz.net.pl</a> lub pisemnie na adres Administratora wskazany powyżej z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych.
<b>Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania</b>	Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu: - zawarcia i wykonania umowy pomiędzy Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. a podmiotem, którego jest Pani/Pan reprezentantem lub pełnomocnikiem - podstawę prawną stanowi art.6 ust.1 lit. b RODO; - wypełnienia przez Administratora Danych obowiązków prawnych ciążyących na nim w związku z zawarciem i wykonaniem umowy, na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa- podstawę prawną stanowi art.6 ust.1 lit. c RODO w nawiązaniu do Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. 2018 poz. 160 ze zm.); - dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych z zawartą umową - podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o., którym jest możliwość dochodzenia przez niego ewentualnych roszczeń na podstawie art.6 ust.1 lit. f RODO.
<b>Odbiorcy danych</b>	Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy i współpracownicy Administratora w zakresie niezbędnym do wykonywania celu przetwarzania, w szczególności w celu prowadzenia korespondencji i załatwiania bieżących spraw, a także dostęp do Pani/Pana danych mogą mieć instytucje upoważnione na mocy odrębnych przepisów prawa oraz inne podmioty zewnętrzne w ramach realizowanych usług w imieniu lub na rzecz Administratora (np. świadczące usługi w zakresie wsparcia informatycznego, hostingu) na podstawie zawartej z administratorem umowy o powierzenie przetwarzania danych osobowych, w której podmioty te zostaną zobowiązane do zachowania w poufności danych osobowych.
<b>Przekazywanie danych poza EOG</b>	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw poza EOG.
<b>Okres przechowywania danych</b>	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu wypełnienia prawnie uzasadnionych interesów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. stanowiących podstawę tego przetwarzania, w szczególności związanych z wykonaniem umowy lub przedawnieniem roszczeń wynikających z umowy oraz do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, tj. przez okres 5 lat od końca roku kalendarzowego po zakończeniu umowy.
<b>Prawa osoby, której dane dotyczą</b>	Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania (poprawiania), ich usunięcia-po upływie okresu przechowywania lub ograniczenia ich przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Na Pani/Pana wniosek Administrator dostarczy kopię danych osobowych podlegających przetwarzaniu. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem Danych lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej w niniejszej klauzuli. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezgodnie z celem, dla którego te dane zebrano.
<b>Informacja o wymogu podania danych</b>	Podanie danych osobowych w celu zawarcia i wykonania umowy pomiędzy Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. a podmiotem, którego jest Pani/Pan reprezentantem lub pełnomocnikiem jest konieczne do realizacji tego celu – bez podania danych nie jest możliwe zawarcie oraz wykonywanie umowy.
<b>Podejmowanie decyzji</b>	Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym w formie profilowania.
Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedstawioną mi treścią informacji Administratora dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych, w której wskazano kto jest Administratorem moich danych osobowych oraz przyjmuję do wiadomości spełnienie obowiązku informacyjnego przez Administratora.	
..... Data i Podpis	

<b>Informacja Administratora Danych - Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. dotycząca przetwarzania danych osób wskazanych do kontaktu i współpracy - na podstawie art.14 ust.1 i 2 RODO.</b>	
<b>Administrator danych</b>	Administratorem danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Chorzowskiej 38 w Świętochłowicach [kod pocztowy: 41-605]. Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres email: sekretariat@zoz.net.pl lub telefonicznie pod numerem: (+48) [32] 621 95 35 lub pisemnie na adres wskazany powyżej.
<b>Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych</b>	Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email: iodo@zoz.net.pl lub pisemnie na adres Administratora wskazany powyżej z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych.
<b>Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania</b>	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach kontaktowych, w tym związanych z wykonaniem umowy zawartej pomiędzy Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. a podmiotem, w imieniu którego Pani/Pan występuje. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora na podstawie art.6 ust.1 lit. f RODO, tj. możliwość kontaktu w celu wykonania i realizacji Umowy oraz prowadzenia korespondencji. Ponadto za prawnie uzasadnione interesy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. uznaje się także możliwość dochodzenia i obrony roszczeń wynikających z Umowy.
<b>Kategorie danych osobowych</b>	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. przetwarza następujący zakres Pani/Pana danych osobowych: imię, nazwisko, służbowe dane kontaktowe w zakresie przekazany przez podmiot, w imieniu którego Pani/Pan występuje.
<b>Odbiorcy danych</b>	Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy i współpracownicy Administratora w zakresie niezbędnym do wykonywania celu przetwarzania, w szczególności w celu prowadzenia korespondencji, kontaktu i realizacji bieżących spraw a także dostęp do Pani/Pana danych mogą mieć instytucje upoważnione na mocy odrębnych przepisów prawa oraz inne podmioty zewnętrzne w ramach realizowanych usług w imieniu lub na rzecz Administratora (np. świadczące usługi w zakresie wsparcia informatycznego, hostingu), na podstawie zawartej z administratorem umowy o powierzenie przetwarzania danych osobowych w której podmioty te zostaną zobowiązane do zachowania w poufności danych osobowych.
<b>Przekazywanie danych poza EOG</b>	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
<b>Prawa osoby, której dane dotyczą</b>	Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania (poprawiania), ich usunięcia - po upływie okresu przechowywania lub ograniczenia ich przetwarzania. Na Pani/Pana wniosek Administrator dostarczy kopię danych osobowych podlegających przetwarzaniu. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem Danych lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej w niniejszej klauzuli. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezgodnie z celem, dla którego te dane zebrano.
<b>Źródło pochodzenia danych osobowych</b>	Pani/Pana dane osobowe zostały udostępnione do Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.. przez podmiot, w imieniu którego Pani/Pan występuje.
<b>Podjęcie decyzji, w tym profilowanie</b>	Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym w formie profilowania.
<p>Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedstawioną mi treścią informacji Administratora dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych, w której wskazano od kogo Administrator pozyskał moje dane osobowe oraz przyjmuję do wiadomości spełnienie obowiązku informacyjnego przez Administratora.</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Data i Podpis</p>	