

**REGULAMIN
KONKURSU OFERT**
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – lekarskiej
w Zespole Opieki Zdrowotnej
w Świętochłowicach spółka
z ograniczoną odpowiedzialnością
w restrukturyzacji**

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 2024, poz.799 ze zm.) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 146 ze zm).
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekoć 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 w restrukturyzacji,
- b) **przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – lekarskiej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji,
- 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) **Oświadczeniu o posiadaniu przez wskazany personel aktualnych badań lekarskich oraz szkoleń** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
- g) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiącym **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu,
- i) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty bądź osoby fizyczne, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Kod CPV: 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie

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

86.21.10	Usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej
----------	---

Świadczenia ambulatoryjne lekarskie

III Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – lekarskiej w Zespole Opieki Zdrowotnej

w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji.

III a) Szczegółowe Wymagania związane z realizacją przedmiotu zamówienia:

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, na zlecenie Udzielającego zamówienia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej według wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie działalności Spółki w zakresie:
 - a) zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy posiadających prawo do wykonywania zawodu zgodnie z obowiązującymi przepisami, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta w miejscu jego zamieszkania lub pobytu;
 - b) stwierdzania przez lekarzy Przyjmującego Zamówienie zgonów pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Udzielającego Zamówienia.
2. Świadczenia określone w pkt. 1 będą udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 08.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godziny 08.00 danego dnia do 08.00 dnia następnego.
3. Organizacja i realizacja świadczeń nie może skutkować ograniczeniem dostępności do świadczeń.
4. W celu zapewnienia dostępności do świadczeń Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek dostosowania liczby personelu do bieżącego zapotrzebowania.
5. 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.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
7. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji.
8. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu Informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
9. 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.
10. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.

IV. Wymagany termin realizacji

01.03.2025- 31.12.2025 r.

V. Wymagania od oferentów

Oferty mogą składać podmioty bądź osoby fizyczne, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

1. Warunek wymagany:

a) personel:

- lekarz posiadający dyplom lekarski oraz numer Prawa Wykonywania Zawodu - wymiar godzinowy w ilości zabezpieczającej świadczenia w dniach i godzinach określonych w Rozdziale III a pkt. 2.

2. Do konkursu nie może przystąpić osoba fizyczna / podmiot, który świadczy usługi dla Udzielającego Zamówienie **w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – lekarskiej** w wymaganym terminie realizacji (01.03.2025 – 31.12.2025 r.)

VI. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

VII. Zawartość oferty

Oferta musi zawierać:

- 1) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
- 2) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2,
- 3) kopię aktualnej polisy OC – załącznik nr 3,
- 4) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
- 5) oświadczenie dotyczące lekarskich badań profilaktycznych oraz wymaganych szkoleń personelu Przyjmującego Zamówienie – załącznik nr 5,
- 6) zaakceptowany załącznik nr 6 – „wzór umowy”.

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
w restrukturyzacji ul. Chorzowska 38 41 – 605 Świętochłowice

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – lekarskiej** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji

data

nazwa i adres oferenta

IX. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty należy składać w **Kancelarii Ogólnej** siedziby Udzielającego Zamówienia do dnia 20.02.2025 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
w restrukturyzacji z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin rozstrzygnięcia konkursu 25.02.2025 roku

XI. Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

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

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 26.02.2025 roku

XII. Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium jakościowe: (25% oceny, maksymalnie 10 punktów)

a) wykazanie w ofercie doświadczenia w realizacji udzielania przedmiotowych świadczeń:

- co najmniej z 2 podmiotami w dowolnym okresie w przeciągu ostatnich 12 miesięcy - **3 punkty**
(należy udokumentować)

- co najmniej z 3 podmiotami w dowolnym okresie w przeciągu ostatnich 12 miesięcy – **5 punktów**
(należy udokumentować)

b) Oferent otrzyma dodatkowe punkty za wykazanie w ofercie doświadczenia w realizacji świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:

- do 5 lat – **3 punkty** (należy udokumentować)

- powyżej 5 lat – **5 punktów** (należy udokumentować)

2. Kryterium ciągłości: (5% oceny, maksymalnie 2 punkty)

W przypadku gdy Oferent w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizował świadczenia zdrowotne, w dowolnym okresie wskazanych 12 miesięcy, w zakresie zapewnienia udzielania świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach umowy z **Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji**, ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice, otrzyma **2 punkty**

3. Kryterium finansowe:

Kryterium finansowe to maksymalnie 28 punktów – 70% oceny

Wartość punktowa kryterium finansowego zostanie ustalona na podstawie następujących obliczeń:

$$\text{Wartość punktowa} = \frac{\text{najniższa cena oferty}}{\text{cena oferty badanej}} \times 28 \text{ pkt}$$

4. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który otrzyma najwyższą ilość punktów, według kryteriów określonych w pkt. 1.
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.	Ryczał za jeden miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – lekarskiej zł brutto słownie: (.....)) złotych brutto 00/100)

XIII. Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 146 z późn. zm.) 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.
3. Dział Organizacyjno – Prawny, Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji 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 oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji.

Prezes Zarządu
Anita Przytocka
Anita Przytocka

Dział Organizacyjny – Prawny
Specjalista ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych
Jolanta Wiecek
Jolanta Wiecek

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 2025 roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji 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 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 z późn. zm.)

1. Data złożenia oferty:2025 roku.

2. Proponowana kwota należności:

L. p.	Zakres	Cena jednostkowa brutto
1.	Ryczał za jeden miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – lekarskiej	<p>.....</p> <p>zł brutto słownie:</p> <p>(.....)</p> <p>.....)</p> <p>złotych brutto 00/100)</p>

Dane oferenta	
	<p>Nazwa oferenta:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Adres:</p> <p>.....</p>

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - lekarskiej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji

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*:

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

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopia aktualnej polisy / polis OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 7 dni od daty podpisania umowy.

* wypełnić właściwie

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 podpiszę umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

.....

Adres.....

Oświadczam, że personel wskazany do realizacji umowy posiada aktualne badań lekarskie oraz dokumenty potwierdzające odbyte szkolenie okresowe bhp i p/poż.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

UMOWA nr/ORG/P/2025

zawarta w dniu r. w Świętochłowicach pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji z siedzibą w Świętochłowicach (41-605 Świętochłowice) przy ul. Chorzowskiej 38, zarejestrowanym w Krajowym rejestrze Sądowym w Sądzie Rejonowym Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000426290, NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450, reprezentowanym przez:

Anitę Przytocką- Prezesa Zarządu

zwanym dalej „Udzielającym zamówienia”

a

....., zarejestrowanym w Krajowym rejestrze Sądowym w Sądzie wWydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS:, NIP:....., REGON:....., reprezentowanym przez:

.....

zwanym dalej „Przyjmującym zamówienie”,

zwanymi łącznie „Stronami”

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

§ 1

Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Przyjmującego zamówienie, na zlecenie Udzielającego zamówienia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wg wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie działalności Spółki w zakresie
 - a) zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy posiadających prawo do wykonywania zawodu zgodnie z obowiązującymi przepisami, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta w miejscu jego zamieszkania lub pobytu;
 - b) stwierdzania przez lekarzy Przyjmującego Zamówienie zgonów pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zapewnia pełną realizację świadczeń wynikających z niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie będzie realizował przedmiot umowy zgodnie z zakresem i warunkami udzielania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej określonymi w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Niniejsza umowa jest jednocześnie upoważnieniem Udzielającego Zamówienia jako Administratora Danych, do przetwarzania danych osobowych świadczeniobiorców na rzecz, których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej.
5. Świadczenia realizowane będą w pomieszczeniach Udzielającego zamówienia, zlokalizowanych w Świętochłowicach przy ul. Chorzowskiej 36 przeznaczonych do realizacji świadczeń zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
6. Przy realizacji zamówienia Udzielający zamówienia zabezpiecza Przyjmującemu zamówienie korzystanie z pomieszczeń, aparatury, sprzętu medycznego, leków i materiałów opatrunkowych niezbędnych do prawidłowego wykonania niniejszej umowy.
7. Połączenie z systemem informatycznym Udzielającego zamówienia, w którym prowadzona będzie rejestracja pacjentów oraz ich dokumentacja medyczna, będzie następowało przy użyciu systemu informatycznego AMMS oraz portalu gabinet.gov.pl. W tym celu Udzielający zamówienia zapewni Przyjmującemu zamówienie dostęp do swojego systemu informatycznego, nada uprawnienia personelowi wykonującemu przedmiot umowy, upoważnienia w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz przeszkoli personel Przyjmującego zamówienie w zakresie jego obsługi. Udzielający zamówienia zapewni przeszkolenie nowo przyjętych pracowników Przyjmującego Zamówienie w trakcie trwania umowy. Szkolenia indywidualne odbywać się będą w godzinach pracy Działu Informatyki Udzielającego zamówienia, tj. od poniedziałku do piątku w godz. 7:00 - 14:00, każdorazowo na pisemny wniosek Przyjmującego zamówienie. W przypadku konieczności przeszkolenia jednorazowo grupy osób należy przygotować harmonogram szkoleń oraz poinformować pisemnie Udzielającego zamówienia o ilości osób do przeszkolenia oraz proponowanych terminach, celem akceptacji.
8. Udzielający zamówienia zapewni Przyjmującemu zamówienie w trakcie realizacji umowy obsługę informatyczną w zakresie prawidłowego funkcjonowania systemu Udzielającego zamówienia na 2 stacjach roboczych położonych w pomieszczeniach, o których mowa w ust. 5.
9. W trakcie realizacji niniejszej umowy, w miarę posiadanych możliwości, Udzielający zamówienia udzieli Przyjmującemu zamówienie pomocy w korekcie błędów w dokumentacji medycznej wprowadzonej do systemu informatycznego, jeżeli błędy te będą wynikać z nieprawidłowego funkcjonowania systemu informatycznego Udzielającego zamówienia.
Najpóźniej następnego dnia po zawarciu niniejszej umowy.
10. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do złożenia oraz bieżącej aktualizacji u Udzielającego zamówienia wykazu (załącznika nr 2 do umowy), personelu medycznego realizującego niniejszą umowę w imieniu Przyjmującego zamówienie, spełniającego wymogi wynikające z obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa, w szczególności Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, tak aby Udzielający zamówienia mógł dokonać z odpowiednim wyprzedzeniem wprowadzenia lub korekty personelu medycznego w Portalu Świadczeniodawcy. Wykaz personelu medycznego, o którym mowa powyżej powinien obejmować nr pesel, nr prawa wykonywania zawodu, kwalifikacje (zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy). Ponadto w przypadku zmian Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości świadczenia usług wynikających z niniejszej umowy co oznacza, w szczególności, iż w przypadku nie przystąpienia do realizacji obowiązków wynikających z niniejszej umowy przez któregokolwiek z członków personelu wskazanego przez Przyjmującego Zamówienie zapewni odpowiednie zastępstwo na własny koszt i ryzyko zapewniający świadczenie usług zgodnie z ustalonym harmonogramem.
11. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przekazania Udzielającemu zamówienia, najpóźniej w pierwszym dniu pracy danej osoby personelu medycznego realizującego niniejszą umowę, w godzinach pracy Działu Informatyki Udzielającego zamówienia, certyfikatów ZUS tego personelu, umożliwiającego udzielanie świadczeń zdrowotnych i sprawozdawanie informacji o świadczeniach na cele ZUS. Kontakt z pracownikami Działu Informatyki pon. - pt. w godz. 7.00 - 14.35, tel. 32 621 95 36
12. W pozostałych dniach i godzinach kontakt poprzez Centralę Szpitala: pod numerem telefonu 668893912 lub 668893905.
13. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się, z odpowiednim wyprzedzeniem, do wystąpienia do Udzielającego zamówienia, z zapotrzebowaniem na recepty dla personelu realizującego niniejszą

- umowę, zawierające niezbędne dane, tak aby zapewnić prawidłową i terminową realizację niniejszej umowy przy zachowaniu ciągłości w tym zakresie.
14. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przekazywać harmonogramy zespołu lekarskiego, na kolejny okres rozliczeniowy obejmujący miesiąc kalendarzowy, w terminie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego.
 15. Za prawidłowe wprowadzanie danych medycznych do systemu Udzielającego zamówienia odpowiada wskazany przez Przyjmującego zamówienie personel medyczny, po odbyciu szkolenia z systemu informatycznego Udzielającego zamówienia.
 16. Udzielający zamówienia obowiązuje Przyjmującego zamówienie do zgłaszania awarii systemu informatycznego Udzielającego zamówienia, o którym mowa w ust. 7.
 17. Obsługa informatyczna dotycząca systemu AMMS świadczona przez Udzielającego zamówienia będzie realizowana przez: Krzysztofa Sybillę oraz Dariusza Pachcińskiego .
 18. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do Udzielania wszelkich wyjaśnień związanych z realizacją niniejszej umowy, na każde żądanie Udzielającego zamówienia.
 19. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy lub wyrządzenia szkody Udzielającemu Zamówienia lub osobie trzeciej, Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje zawinione działania lub zaniechania do pełnej wysokości szkody powstałej w związku z wykonywaną umową.

§ 2

Harmonogram udzielania świadczeń

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane będą przez lekarzy działających na zlecenie Przyjmującego zamówienie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.

§ 3

Terminy wykonania przedmiotu umowy

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.03.2025r. do dnia 31.12.2025 r.**, z tym zastrzeżeniem, iż ostatni dyżur lekarski w ramach niniejszej umowy kończy się o godz. 8.00 następnego dnia po dniu oznaczonym jako ostatni dzień obowiązywania niniejszej umowy.
2. Strony przewidują możliwość rozwiązania umowy za 2 tygodniowym okresem wypowiedzenia.

§ 4

Wynagrodzenie

1. Z tytułu realizacji przedmiotu umowy, Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie ryczałtowe w wysokościzł (słownie: 00/100) brutto za każdy miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1.
2. Wynagrodzenie ryczałtowe z tytułu realizacji przedmiotu umowy płatne będzie w złotych polskich, przelewem, na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT wraz z zatwierdzonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa – załącznikiem (osobno dla każdej osoby z personelu Przyjmującego Zamówienie – udzielającej świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu) - „potwierdzeniem realizacji przyjętego zamówienia”, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy, po zakończonym miesiącu w terminie do 10 dnia miesiąca następnego.
3. Za datę zapłaty strony przyjmują datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
4. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek niezwłocznego wskazania Udzielającemu zamówienia rachunku bankowego, który jest zgodny z rachunkiem bankowym przypisanym mu w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, w tym podmiotów, których rejestracja jako podatników VAT została przywrócona, prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej

zgodnie z art. 96 b ustawy o podatku od towarów i usług.

5. W przypadku nadzwyczajnej zmiany okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawierania niniejszej umowy, po upływie 12 miesięcy jej obowiązywania, Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość zmiany, na pisemny, szczegółowo uzasadniony wniosek Przyjmującego zamówienie, wysokości wynagrodzenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 (waloryzacja), jednak nie wyższej niż do 5% pierwotnej jego wysokości.

§ 5

Obowiązki Przyjmującego zamówienie

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wskazany w umowie personel 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 personel Przyjmującego Zamówienie posiada i będzie posiadał aktualne/y :
 - a) szczepienia zgodne z profilem udzielanych świadczeń,
 - b) zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego BHP,
 - d) inne dokumenty uprawniające personel do realizacji świadczeń zdrowotnych.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się, w szczególności, do:
 - a) świadczenia usług będących przedmiotem Umowy w sposób profesjonalny, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i zasadami etyki zawodowej oraz obowiązującymi przepisami, w oparciu o obowiązującą wiedzę niezbędną do wykonywania Umowy,
 - b) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami jak i zarządzeniami wewnętrznymi Szpitala,
 - c) systematycznego przekazywania dokumentacji medycznej w uzgodnionych przez Strony terminach jako trybu informowania zamawiającego o realizacji przyjętego zamówienia oraz dla celów umożliwienia prawidłowego rozliczania z NFZ,
 - d) przestrzegania praw pacjenta,
 - e) Weryfikacji w rejestrze przestępstw na tle seksualnym personelu medycznego dedykowanego do realizacji Umowy po stronie Przyjmującego zamówienie oraz zbierania i przechowywania zaświadczeń z Krajowego Rejestru Karnego w nawiązaniu do art.21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do bieżącego, rzetelnego i kompletnego gromadzenia danych statystycznych niezbędnych do rozliczenia świadczeń zdrowotnych Udzielającego zamówienia z NFZ.
5. Udzielający zamówienia wymaga, aby przez cały okres realizacji umowy Przyjmujący zamówienie posiadał ważną polisę OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem umowy. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy, umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wygaśnie, Przyjmujący zamówienie będzie zobowiązany zawrzeć nową umowę ubezpieczenia w takim terminie, aby zapewnić ciągłość wykonywania przedmiotowej umowy. Wartość i zakres rzeczowy umowy ubezpieczenia musi pozostawać zgodny z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w uzasadnionych przypadkach do telefonicznego zebrania wywiadu lekarskiego oraz podjęcia decyzji o wyjeździe lub odmowie wizyty domowej.
7. Lekarz stwierdzający niezdolność pacjenta do pracy może wystawić zaświadczenie o niezdolności do pracy na czas niezbędny leczenia lub zgłoszenia się do lekarza rodzinnego lub specjalisty.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do bezzwłocznego przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o wszelkich sprawach lub sytuacjach, odbiegających od normy i trudnych do przewidzenia w dacie podpisania Umowy, a mogących mieć wpływ na jej realizację.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r., w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Oddziałem Funduszu.

§ 6
Współpraca

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo kontroli realizacji przedmiotu umowy, a w szczególności:
 - a) przebiegu realizacji oraz jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - b) żądania informacji o przebiegu realizacji przedmiotu umowy,
 - c) kontroli prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej,
2. Czynności kontrolne w zakresie określonym w ust. 1 prowadzone będą przez pracowników Udzielającego zamówienia.
3. Udzielający zamówienia prowadzi bądź sprawę związane z udostępnianiem uprawnionym podmiotom dokumentacji medycznej pacjentów korzystających z usług medycznych Przyjmującego zamówienie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami prawa oraz procedurą udostępniania dokumentacji medycznej.
4. Osobą odpowiedzialną, za prawidłową realizację umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest _____ tel. _____ e-mail: _____
5. Osobą odpowiedzialną za prawidłową realizację umowy ze strony Udzielającego zamówienia jest Dyrektor ds. Lecznictwa, tel.32/621 95 35 e-mail:e.zajac@zoz.net.pl
6. W przypadku problemów związanych z funkcjonowaniem systemu informatycznego Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych niniejszą umową, dokumentując ich przebieg w wersji papierowej, a po uruchomieniu funkcjonowania systemu informatycznego Udzielającego zamówienia do wprowadzenia danych do tego systemu.

§ 7

Informacja o procedurze zgłoszeń wewnętrznych naruszeń prawa

1. W nawiązaniu do art. 24 ust.6 ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów Udzielający zamówienia informuje, iż w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. obowiązuje Procedura dotycząca zgłaszania naruszeń prawa.
2. Procedura zgłaszania przypadków naruszeń prawa dostępna jest na stronie internetowej <https://zoz.net.pl/zgłaszanie-naruszen-prawa/> lub możemy też na żądanie Przyjmującego zamówienie udostępnić Procedurę do wglądu w naszej siedzibie.

§ 8

Obowiązki Stron Umowy

Strony zobowiązują się do:

1. Zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych bezpośrednio lub pośrednio w związku z realizacją Umowy, chyba, że obowiązek ich ujawnienia wynika z obowiązujących przepisów prawa lub stanowią one informację publiczną w rozumieniu ustawy o dostępie do informacji publicznej.
2. Przestrzegania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i nie wykorzystywania ich do innych celów, niż związanych z realizacją niniejszej Umowy.

§ 9

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych Przyjmującego zamówienie i osób wskazanych do kontaktu po stronie Przyjmującego zamówienie

Na podstawie art. 13 i 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych

osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, że:

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

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

3. Pani/Pana dane osobowe otrzymaliśmy bezpośrednio od Pani/Pana lub od podmiotu, którego jest Pani/Pan reprezentantem lub który wskazał Panią/Pana jako osobę do współpracy w związku z zawarciem/wykonywaniem umowy/porozumienia. W przypadku, gdy jest Pani/Pan:

a) reprezentantem (w tym pełnomocnikiem) w/w podmiotu – są to dane osobowe wskazane w dokumentach przekazywanych przez ten podmiot, w tym w umowie/porozumieniu (w szczególności imię i nazwisko, stanowisko służbowe),

b) osobą wskazaną do współpracy w związku z zawarciem/wykonywaniem umowy/porozumienia – są to dane osobowe wskazane w dokumentach przekazanych przez w/w podmiot, w tym w umowie/porozumieniu wskazanej/wskazanego (w szczególności imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail, stanowisko służbowe).

4. Celem i podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w zakresie zawartej umowy, której jest Pani/Pan:

a) podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. b) RODO - czynności związane z zawarciem umowy/porozumienia oraz art. 6 ust. 1 lit. c) RODO - udokumentowanie obowiązków pranych wynikających z zapisów umowy, archiwizowanie dokumentów, oraz art. 6 ust. 1 f) RODO - usprawiedliwiony interes administratora w zakresie dochodzenia lub obrony przed roszczeniami w ramach zapisów wynikających z umowy/porozumienia;

b) osobą wskazaną do współpracy w związku z realizacją warunków umowy/porozumienia jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO jako uzasadniony interes administratora;

5. Odbiorcami Państwa danych osobowych w pewnych zakresach mogą być instytucje określone przez przepisy prawa, jeśli wykażą interes prawny w dostępie do tych danych oraz podmioty przetwarzające, które świadczą usługi na rzecz Administratora i którym te dane są powierzane np.: podmioty świadczące usługi teleinformatyczne, doradcze, hostingowe prawne.

6. Dane osobowe Państwa 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. 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. Dane osobowe Państwa dotyczące nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.

8. Osoba, której dane dotyczą może skorzystać z przysługujących jej praw:

- 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;

W celu zgłoszenia realizacji swoich praw należy przesać żądanie i kontaktować się na dane wskazane w pkt. 1 i 2 niniejszej klauzuli.

8. W przypadku uznania, przez Państwa, że przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących w sposób uzasadniony narusza przepisy z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku [RODO], przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl, infolinia 606-950-000].

9. Dane osobowe Państwa dotyczące Administrator nie będzie przekazywał do państwa trzeciego spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub do organizacji międzynarodowych.

§ 10

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustaw, jak też Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert, w wyniku zastosowania, których podpisana została niniejsza umowa.
2. Zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
3. Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy strony zobowiązują się rozstrzygać polubownie. W razie braku porozumienia, sądem właściwym do rozstrzygania sporów powstałych na tle realizacji niniejszej umowy, będzie sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla Przyjmującego oraz dla Udzielającego zamówienia.

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Zapoznałem/am się z treścią umowy i akceptuję jej treść

.....

Podpis

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

Imię i nazwisko.....

Oddział / Komórka organizacyjna.....

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Podpis osoby wykonującej świadczenia zdrowotne	Godzina zakończenia	Ilość godzin	Podpis osoby wykonującej świadczenia zdrowotne	Podpis Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Razem:

.....
Podpis i pieczętka zatrudnionego

Sporządził:

.....
Podpis i pieczętka zatwierdzającego

Potwierdził realizację:.....

