

REGULAMIN KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, cytologicznych oraz badań biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy

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. 146 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. 146z późn. zm.).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekcroć 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 w restrukturyzacji,
- b) **przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, cytologicznych oraz badań biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy.
- 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 stanowiącą **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
- h) **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.

(PKWiU – 86.90.15 - Usługi świadczone przez medyczne laboratoria diagnostyczne)

III. Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, cytologicznych oraz badań biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy.

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

IV. Wymagany termin realizacji

20.03.2025 r. – 19.03.2026 r.

V. Wymagania od oferentów

Oferty mogą składać podmioty spełniające wymagania:

- oferenci winni dysponować kadrą medyczną, wyposażeniem w aparaturę medyczną i sprzęt oraz materiałami gwarantującymi świadczenia medyczne na najwyższym możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów;
- świadczenia powinny być wykonywane w lokalach oferenta spełniających wymogi sanitarne i p/poż., w których będą zagwarantowane odpowiednie warunki rejestracji pacjentów, czasu oczekiwania i świadczeń medycznych;
- oferenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń.
- w lokalach oferenta istnieje możliwość wykonywania następujących badań:
 - a) badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem HE
 - b) badanie śródoperacyjne wykonania techniką mrożeniową (intra)
 - c) badanie śródoperacyjne – kontrola parafinowa
 - d) badania immunohistochemiczne
 - e) barwienie wybiórcze
 - f) oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych
 - g) oznaczenie immunohistochemiczne receptora Her2
 - h) oznaczenie receptora Her2 metodą CISH lub metodą FIS
 - i) badanie cytologiczne płynów/poptuczyn 2 preparaty
 - j) cytologia ginekologiczna
 - k) badanie cytologiczne cell-block
 - l) konsultacja gotowych preparatów
 - m) biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG z oceną cytologiczną zakończoną wnioskiem
 - n) powtórna biopsja przy negatywnym niediagnostycznym wyniku
 - o) biopsja gruboigłowa guzów gruczołu piersiowego
 - p) badanie wybiórcze na śluz (ABpaS, mucykarmin) w uzasadnionych diagnostycznie przypadkach
 - q) wykonanie biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy

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) wykreślony

- g) oświadczenie oferenta o posiadaniu właściwych uprawnień, aparatury i sprzętu medycznego oraz personelu niezbędnych do realizacji zamówienia, które powinno być wykonywane terminowo zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.

VIII. Informacje dotyczące warunków składania ofert

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

- **opis koperty:**

nazwa i adres oferenta

data

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

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, cytologicznych oraz badań biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy

IX Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w Kancelarii Ogólnej siedziby udzielającego zamówienie do dnia 06.03.2025 r. do godziny 15.00
2. 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: 11.03.2025 r.

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: 12.03.2025 r.

XII Kryteria oceny ofert:

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

Wartość punktowa kryterium zostanie ustalona na podstawie następujących obliczeń:
– dotyczy kryterium „cena ofertowa” (maksymalna ilość punktów jaką można uzyskać w kryterium „cena ofertowa” wynosi 100 punktów)

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

3. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
4. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku.

XIII Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze i skarga zgodnie z art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. z.U. 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. 146z późn. zm.).

XIV Dodatkowe informacje

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

**FORMULARZ OFERTOWY
W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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.

1. Podstawa prawna:
 - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej t.j. Dz.U. z 2024 poz. 146z 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.)
2. Data złożenia oferty:2025 roku.
3. Proponowana kwota należności:

L. p.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto badania w zł	Maksymalny czas wykonania badania*/**
1.	badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem H.E.	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
2.	badania śródoperacyjne wykonane techniką mrożeniową (INTRA)	..... słownie (.....)	Czas wykonania w godzinach
3.	badania śródoperacyjne – kontrola parafinowa	..... słownie (.....)	Czas wykonania w godzinach
4.	badania immunohistochemiczne	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
5.	barwienie wybiórcze	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
6.	oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
7.	oznaczenie immunohistochemiczne receptora HER2	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
8.	oznaczenie receptora HER2 metodą CISH lub metodą FISH	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
9.	badanie cytologiczne płynów/popłuczyn 2 preparaty	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
11.	badanie cytologiczne cell-block	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
12.	cytologia ginekologiczna	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
13.	konsultacja gotowych preparatów	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE

14.	biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG z oceną cytologiczną zakończoną wnioskiem	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
15.	powtórna biopsja przy negatywnym niediagnostycznym wyniku	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
16.	biopsja gruboigłowa gruczołu piersiowego	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
17.	badanie wybiórcze na śluz (ABpaS lub mucykarmin) w uzasadnionych diagnostycznie przypadkach	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
18.	Wykonanie biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
SUMA:		..... słownie (.....)	

* jeżeli technika wykonania badania wydłuża czas jego wykonania, Przyjmujący Zamówienie informuje o tym Udzielającego Zamówienie

**w przypadku potrzeby dalszych badań genetycznych, Przyjmujący Zamówienie informuje Udzielającego Zamówienie o planowanej diagnostyce

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

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....
.....

Podpis i pieczęć oferenta	
----------------------------------	--

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Nazwa oferenta:

.....

Adres.....

NIP REGON

Tel. kontaktowy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

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

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- Nie dotyczy

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

* wypełnić właściwie

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

.....
.....

Adres.....

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

- obowiązkowego,*
- dobrowolnego na wartość*

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

* wypełnić 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 podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

- WZÓR UMOWY-
UMOWA/ORG/P/2025

O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta dnia2025 roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

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

reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu: Anitę Przytocką

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

a

.....
z siedzibą w kod (-), przy ulicy.....

wpisanym doprowadzonym przez

pod numerem:

reprezentowanym przez:

.....

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

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie **badan histopatologicznych, cytologicznych oraz badan biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy** zlecanych przez Udzielającego zamówienie.

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w § 1 oraz, że badania wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w dniu podpisania niniejszej umowy. W przypadku utraty ważności, każdą kolejną polisę należy dostarczyć w terminie 7 dni o daty jej podpisania.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie ze skutkiem natychmiastowym.
4. W przypadku korzystania przez Przyjmującego Zamówienie ze świadczeń osób / firm pośredniczących przy realizacji umowy, Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za realizację przez nich świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
5. 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. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek wspierać i wspomagać Udzielającego Zamówienie w przypadku wniesienia skargi lub wystąpienia z powództwem wobec Udzielającego Zamówienie jeżeli z okoliczności sprawy wynika lub można domniemywać, że powiązana jest ona z przedmiotem niniejszej umowy. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za prawidłowość wykonanych badań i ich następstwa.

§ 3

Świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez wykwalifikowany i fachowy personel medyczny.

§ 4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1 jest indywidualne skierowanie/zlecenie wystawione przez personel zatrudniony w siedzibie Udzielającego Zamówienia bez względu na formę zatrudnienia.
- 2) Skierowanie / zlecenie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Wzór formularza skierowania dostarczy Przyjmujący Zamówienie.
- 3) Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w przy ul. w terminie uzgodnionym z Udzielającym Zamówienie.
- 4) Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do transportu materiału do badań objętych niniejszą umową i dostarczenia wyników badań w formie papierowej co najmniej 2 razy w tygodniu do wyznaczonej komórki Udzielającego Zamówienia. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się przesłanie wyniku faksem / e-mailem.
 - 4a) Przyjmujący Zamówienie ma prawo wykonać bez indywidualnej zgody Udzielającego Zamówienia i na jego koszt badania będące przedmiotem umowy w liczbie i rodzaju niezbędnym do postawienia rozpoznania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i obowiązującymi standardami.
 - 4b) Maksymalne czasy, o których mowa w § 4 ust 8 ulegają sumowaniu w przypadku wykonywania różnych rodzajów badań w ramach jednego badania patomorfologicznego. Jeżeli konieczność wykonania badań dodatkowych / technika wykonania badania, wydłuża czas jego wykonania Przyjmujący Zamówienie informuje o tym Udzielającego Zamówienie. Informacja będzie każdorazowo wysyłana do Udzielającego Zamówienie na adres e-mail:
- 5) W przypadku badań śródoperacyjnych Udzielający Zamówienia zobowiązuje się dostarczyć materiał do badań własnym transportem po uprzednim ustaleniu terminu i godziny dostarczenia materiału.
- 6) Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się również udostępnić moduł, pozwalający uprawnionym pracownikom Udzielającego Zamówienie na zlecenie oraz dostęp do zleconych wyników badań.
- 7) Przyjmujący Zamówienie będzie odbierał materiał do badań w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w wyznaczonej przez Udzielającego Zamówienie komórce.
- 8) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać badania w czasie określonym w załączniku nr 1 do umowy. Podany czas badań jest czasem maksymalnym.
- 9) Jeżeli technika wykonania badania wydłuża czas jego wykonania, Przyjmujący Zamówienie informuje o tym Udzielającego Zamówienie.
- 10) Świadczenia wymagające osobistego uczestnictwa Pacjenta, Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w godzinach pracy Pracowni w swoim zakładzie, w terminie wcześniej uzgodnionym w rejestracji zakładu Przyjmującego Zamówienie (telefonicznie lub osobiście).

- 11) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy badanych pacjentów Udzielającego zamówienie oraz rodzaju wykonywanych świadczeń w danym miejscu ze wskazaniem osoby zlecającej badanie.
- 12) Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego zamówienia.

§ 5

1. Za wykonany przedmiot umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie wyliczone jako iloczyn wykonanych badań i cen określonych w Cenniku badań histopatologicznych, cytologicznych oraz badań biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy, stanowiącym integralną część umowy załącznik (załącznik nr 1 do umowy). Podstawą wyliczenia wynagrodzenia będzie zatwierdzona przez Udzielającego Zamówienie imienna lista pacjentów wraz z przypisanymi im badaniami w okresie rozliczeniowym. W cenach jednostkowych badań ujęte są wszystkie koszty Przyjmującego zamówienie wynikające z niniejszej umowy.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto.
3. W przypadku błędu w badaniu Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek je powtórzyć na własny koszt, chyba że błąd wynika z okoliczności leżących po stronie Udzielającego Zamówienie.

§ 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następowała w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego faktury VAT, w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury.
3. 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 obciążenia rachunku Zamawiającego.
5. Przyjmujący Zamówienie nie ma prawa do dokonania cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy, jak również nie może dokonywać ich obciążeń czy rozporządzać prawem lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych lub innych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności wobec Udzielającego Zamówienie.

§ 7

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, 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 maja 2018 r. 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.

§ 8

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać i obciążyć Przyjmującego

Zamówienie kara umowną w wysokości 2% wartości faktury, łącznie za okres rozliczeniowy w którym doszło do niewykonania lub nienależytego wykonania umowy w szczególności w przypadku:

- a) udzielania świadczenia zdrowotnego przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- b) nieuzasadnionej odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego;
- c) ograniczenia dostępności do świadczeń, zawężenia ich zakresu lub nieodpowiedniej jakości usług;
- d) rażącego opóźnienia w realizacji świadczeń;
- e) nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.

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 wynika z innego tytułu.

§ 9

1. **Umowa została zawarta na okres od 20 marca 2025 roku do 19 marca 2026 roku.**
2. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia na koniec miesiąca.
3. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
4. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 10

1. Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
2. Strony dopuszczają możliwość przedłużenia okresu obowiązywania umowy.

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

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. w restrukturyzacji obowiązuje Procedura dotycząca zgłaszania naruszeń prawa.
2. Procedura zgłaszania przypadków naruszeń prawa dostępna jest na stronie internetowej <https://zoz.net.pl/zglaszanie-naruszen-prawa/> lub możemy też na żądanie Przyjmującego zamówienie udostępnić Procedurę do wglądu w naszej siedzibie.

§ 14

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

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

Załącznik nr 1 do umowy/ORG/P/2025

L. p.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto badania w zł	Maksymalny czas wykonania badania*/**
1.	badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem H.E.	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
2.	badania śródoperacyjne wykonane techniką mrożeniową (INTRA)	..... słownie (.....)	Czas wykonania w godzinach
3.	badania śródoperacyjne – kontrola parafinowa	..... słownie (.....)	Czas wykonania w godzinach
4.	badania immunohistochemiczne	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
5.	barwienie wybiórcze	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
6.	oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
7.	oznaczenie immunohistochemiczne receptora HER2	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
8.	oznaczenie receptora HER2 metodą CISH lub metodą FISH	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
9.	badanie cytologiczne płynów/popłuczyn 2 preparaty	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
11.	badanie cytologiczne cell-block	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
12.	cytologia ginekologiczna	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
13.	konsultacja gotowych preparatów	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
14.	biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG z oceną cytologiczną zakończoną wnioskiem	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE

15.	powtórna biopsja przy negatywnym niediagnostycznym wyniku	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
16.	biopsja gruboigłowa gruczołu piersiowego	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
17.	badanie wybiórcze na śluz (ABpaS lub mucykarmin) w uzasadnionych diagnostycznie przypadkach	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE
18.	Wykonanie biopsji aspiracyjnej celowanej (BACC) tarczycy	..... słownie (.....)	CITO PLANOWE

* jeżeli technika wykonania badania wydłuży czas jego wykonania, Przyjmujący Zamówienie informuje o tym Udzielającego Zamówienie

**w przypadku potrzeby dalszych badań genetycznych, Przyjmujący Zamówienie informuje Udzielającego Zamówienie o planowanej diagnostyce

Załącznik nr 2 do umowy...../ORG/P/2025

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

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

Wartość razem:

Oświadczenie do Umowy nr z dniar.

Ochrona danych osobowych

1. Integralną częścią umowy jest przedłożona przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji 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. w restrukturyzacji.
 2. Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji ma prawo żądać przekazania dowodów potwierdzających wykonanie zobowiązania w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych i zgodnie ze złożonym w tym zakresie oświadczeniem.
-

.....

/pieczętka 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 RODO¹ 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/

¹ 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).

Informacja Administratora Danych - Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji dotycząca przetwarzania danych osobowych reprezentantów/pelnomocników - na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 RODO.	
Administrator danych	Administratorem Danych Osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji 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.
Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych	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.
Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania	Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu: - zawarcia i wykonania umowy pomiędzy Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji 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. w restrukturyzacji, którym jest możliwość dochodzenia przez niego ewentualnych roszczeń na podstawie art.6 ust.1 lit. f RODO.
Odbiorcy danych	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.
Przekazywanie danych poza EOG	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw poza EOG.
Okres przechowywania danych	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu wypełnienia prawnie uzasadnionych interesów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji 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.
Prawa osoby, której dane dotyczą	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.
Informacja o wymogu podania danych	Podanie danych osobowych w celu zawarcia i wykonania umowy pomiędzy Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji, 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.
Podejmowanie decyzji	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 dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych, w której wskazano kto jest Administratorem moich danych osobowych oraz przyjmuję do wiadomości spełnienie obowiązku informacyjnego przez Administratora.	
<p>.....</p> <p>Data i Podpis</p>	

Informacja Administratora Danych - Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji dotycząca przetwarzania danych osób wskazanych do kontaktu i współpracy - na podstawie art.14 ust.1 i 2 RODO.	
Administrator danych	Administratorem danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji 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.
Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych	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.
Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania	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. w restrukturyzacji, 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. w restrukturyzacji uznaje się także możliwość dochodzenia i obrony roszczeń wynikających z Umowy.
Kategorie danych osobowych	Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji przetwarza następujący zakres Pani/Pana danych osobowych: imię, nazwisko, służbowe dane kontaktowe w zakresie przekazanym przez podmiot, w imieniu którego Pani/Pan występuje.
Odbiorcy danych	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.
Przekazywanie danych poza EOG	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
Prawa osoby, której dane dotyczą	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.
Źródło pochodzenia danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe zostały udostępnione do Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.. w restrukturyzacji przez podmiot, w imieniu którego Pani/Pan występuje.
Podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	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 dotyczącą 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 style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Data i Podpis</p>	