

REGULAMIN KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych

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 2025 poz. 450 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

Ilekoć 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 rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych,
- 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) **klauzula informacyjna z art. 13. RODO** – rozumie się przez to obowiązujący formularz informacyjny opracowany przez Udzielającego Zamówienie stanowiący **Załącznik nr 6**
- 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.

Kategoria CPV/ Grupa CPV: 85121000-3 – usługi medyczne

III. Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych .

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

01.06.2025 r. – 31.05.2026 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, 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.

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) zaakceptowana klauzula informacyjna z art. 13 RODO – załącznik nr 6,
- 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 rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych

IX Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w Kancelarii Ogólnej siedziby udzielającego zamówienie do dnia 20.05.2025 r. do godziny 15.00
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

X Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątchłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji z siedzibą w Świątchłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin rozstrzygnięcia konkursu: 23.05.2025 r.

XI Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

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

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 26.05.2025 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)

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

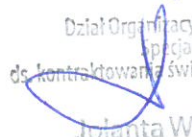
3. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
4. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku.

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 (Dz. U. z 2024 poz. 146) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 poz. 450 z późn. zm.).

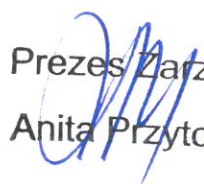
XIV Dodatkowe informacje

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.

Dział Organizacyjno – Prawny
specjalista
ds. kontrolowania świadczeń zdrowotnych

Julanta Wieczorek

Radca Prawny

Maria Moćko-Ludzeń

Prezes Zarządu

Anita Przytocka

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 (Dz. U. z 2025 poz. 450 z późn. zm.).
 - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146 z późn. zm.).
2. Data złożenia oferty:2023 roku.
3. Proponowana kwota należności:

I.p.	RODZAJ BADANIA	cena w zł	cena słownie
1.	MR głowy		
2.	MR innej okolicy anatomicznej*		
3.	Angiografia MR		
4.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa		
5.	Badanie czynnościowe mózgu (fMRI), tensor dyfuzji (DTI)		
6.	Spektroskopia MR		
7.	MR mózgu z perfuzją		
8.	Badanie MR jamy brzusznej lub miednicy mniejszej		
9.	Podanie środka kontrastującego do badania MR		

*Okolice anatomiczne stanowią: kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na okolice anatomiczne (bark, ramię, łokieć, dolna część ramienia, nadgarstek, dłoń) kończyna dolna z podziałem na okolice anatomiczne (stawy krzyżowo – biodrowe, staw biodrowy, udo, kolano, podudzie, staw skokowy, stopa)

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

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych

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 właściwe

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

UMOWA .../ORG/P/2025

O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Zawarta dnia 2025 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

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

a

.....z siedzibą w
(kod: 41-100), przy ul....., wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym w....., Wydział Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS:.....; nr NIP:....., REGON:

reprezentowanym przez:

.....

.....

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

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów hospitalizowanych**, zleczanych przez Udzielającego Zamówienie.

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, wiedzę , specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w § 1 oraz, że świadczenia wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej, a także obowiązującymi przepisami prawa.
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 Zamówienia gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa jednocześnie zobowiązuje się do jej uzupełnienia lub korekty w razie zaistnienia takiej potrzeby niezwłocznie jednak nie później niż w terminie 5 dni licząc od dnia wezwania Przyjmującego Zamówienie przez Udzielającego Zamówienia. Jednocześnie Strony zastrzegają, iż obowiązek Przyjmującego Zamówienie do dokonania uzupełnienia lub korekty prowadzonej dokumentacji medycznej istnieje po stronie Przyjmującego Zamówienie także po rozwiązaniu/wygaśnięciu niniejszej umowy, jeżeli konieczność korekty lub uzupełnienia powstała w związku z działaniem Przyjmującego Zamówienie.
6. 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.
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

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Świadczenia, o których mowa w § 1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się, w terminie wcześniej uzgodnionym pod numerem telefonu
- 2) Podstawą do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 jest skierowanie opatrzone pieczęcią udzielającego zamówienie, wystawione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 3) Wyniki badań sporządzane będą elektronicznie oraz w postaci wydruku.
- 4) Wyniki badania zostaną niezwłocznie przekazane Udzielającemu Zamówienie w postaci odpowiednio zaszyfrowanego pliku, mailowo na adres wskazany przez Przyjmującego Zamówienie (hasło do pliku oraz sposób przekazania zostanie uzgodniony pomiędzy Stronami).
- 5) Przyjmujący Zamówienie zapewni również niezwłoczne przesłanie wyników w wersji papierowej wraz z płytą CD do siedziby Udzielającego Zamówienie.
- 6) Udzielający Zamówienia zapewnia transport pacjenta na badania do i z siedziby Przyjmującego Zamówienie.
- 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.

§ 4

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. Za datę płatności uważa się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
4. Za wykonany przedmiot umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie wyliczane jako iloczyn wykonanych badań i cen badań zgodnie z cennikiem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
5. Podstawą wyliczenia wynagrodzenia będzie wystawiona przez Przyjmującego Zamówienie i zatwierdzona przez Udzielającego Zamówienie imienna lista pacjentów wraz z przypisanymi im badaniami w okresie rozliczeniowym.

6. 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 Zamówienia.
7. W przypadku błędu w badaniu Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek je powtórzyć na własny koszt, chyba że błąd wynika z okoliczności leżących po stronie Udzielającego Zamówienia.

§ 5

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.

§ 6

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, 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.

§ 7

1. Umowa została zawarta **na okres od 1 czerwca 2025 roku do 31 maja 2026 roku.**
2. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
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 przez Udzielającego zamówienia w trybie natychmiastowym w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego zamówienia albo w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przez Przyjmującego zamówienia.
5. Strony dopuszczają możliwość przedłużenia okresu obowiązywania umowy.

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

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/zgłaszanie-naruszen-prawa/> lub możemy też na żądanie Przyjmującego zamówienie udostępnić Procedurę do wglądu w naszej siedzibie.

§ 12

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

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

Prezes Zarządu
Anita Przytocka

Dział Organizacyjno - Prawny
Specjalista
ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych
Jolanta Wiczorek

Radca Prawny
Maria Moćko-Ludzeń

Cennik badań

I.p.	RODZAJ BADANIA	Cena za badanie
1.	MR głowy	
2.	MR innej okolicy anatomicznej*	
3.	Angiografia MR	
4.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa	
5.	Badanie czynnościowe mózgu (fMRI), tensor dyfuzji (DTI)	
6.	Spektroskopia MR	
7.	MR mózgu z perfuzją	
8.	Badanie MR jamy brzusznej lub miednicy mniejszej	
9.	Podanie środka kontrastującego do badania MR	

*Okolice anatomiczne stanowią: kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na okolice anatomiczne (bark, ramię, łokieć, dolna część ramienia, nadgarstek, dłoń) kończyna dolna z podziałem na okolice anatomiczne (stawy krzyżowo – biodrowe, staw biodrowy, udo, kolano, podudzie, staw skokowy, stopa).

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/

.....
/miejscowość, 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 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	

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 przekazany 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.
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. Data i Podpis	

Klauzula informacyjna z art.13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. w restrukturyzacji, ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice, tel.: 32 621 95 35, adres e-mail: sekretariat@zoz.net.pl;
2. Z inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. w restrukturyzacji można skontaktować się pod adresem e-mail: iodo@zoz.net.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem konkursowym na wykonywanie świadczeń usług medycznych oraz na podstawie art.6 ust.1 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie strony, której dane dotyczą przed zawarciem umowy.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja z konkursu zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z obowiązującym w tym zakresie przepisami przez okres trwania konkursu i w przypadku dojścia do podpisania umowy przez cały czas trwania umowy, a także w celach archiwalnych zgodnie z przyjętymi zasadami archiwizowania dokumentów. Dane osobowe pozyskane w ramach realizacji umowy będą przechowywane przez okres, w którym mogą ujawnić się roszczenia związane z zawartą umową.
6. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym związanym z udziałem w konkursie. Brak podania danych w konsekwencji uniemożliwi wzięcie udziału w postępowaniu konkursowym i zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń usług medycznych.
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
8. Posiada Pani/Pan:
 - a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - b) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
 - c) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
 - d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
9. Nie przysługuje Pani/Panu:
 - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. C. RODO.

Akceptuję

