



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

## OGŁOSZENIE

**Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie**  
działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.  
o działalności leczniczej  
**ogłasza konkurs ofert na:**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów w zakresie psychoterapii indywidualnej w ramach Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego - II poziom referencyjny – 3 osoby.**

### 1. Udzielający Zamówienie

INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

Al. Dzieci Polskich 20

04-730 Warszawa

Dane do kontaktu:

Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń - budynek G, I piętro, pokój 123

Strona internetowa, na której dostępne jest Ogłoszenie: [www.czd.pl](http://www.czd.pl) – Konkursy poza ust. PZP - Konkursy ofert na podstawie ustawy o działalności leczniczej

Godziny urzędowania: pn. - pt.: od godziny 8:00 do godziny 15:35

Karolina Szulim, tel.: +48 22 815-16-78, e-mail: [k.szulim@ipczd.pl](mailto:k.szulim@ipczd.pl)

### 2. Opis przedmiotu zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów w zakresie psychoterapii indywidualnej w ramach Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego - II poziom referencyjny – 3 osoby.

**Kod CPV: 85121270-6 - Usługi psychiatryczne lub psychologiczne;**

### 3. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.

### 4. Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia do 31.12.2023r.;

### 5. W postępowaniu konkursowym może wziąć udział Oferent, który spełnia następujące warunki:

1. Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia (dotyczy pkt. 5.1.2, pkt. 5.1.3. oraz 5.1.4 )

2. posiada wykształcenie wyższe (studia magisterskie) na kierunku psychologia.

3. posiada tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub Certyfikat psychoterapeuty z min. 220 h szkoleń lub kursów w psychoterapii dzieci i młodzieży lub Ukończony całościowy kurs z psychoterapii, w tym 220 h zajęć z psychoterapii dzieci i młodzieży lub 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży lub W trakcie szkolenia, ale min. po 2 roku, z psychoterapii obejmującego minimum 1200 h szkolenia, w tym 360 h stażu z psychoterapii dla dzieci i młodzieży \*

\*Kurs z psychoterapii w modalnościach uznanych przez PTP lub PTPPB: behawioralno – poznawczym, systemowym lub psychodynamicznym. Wymagania niezbędne zgodne z założeniami Modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

*Psychicznego dla dzieci i młodzieży. Warszawa 2020, załącznik nr 1 do regulaminu konkursu nr POWER.04.01.00-IZ-00-00-026/20*

4. posiada minimum 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą lub rodziną i/ lub posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży.

5. Posiada aktualne badania lekarskie.

6. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) – Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego;

**5.1. Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełnienia warunków, o których mowa w pkt. 5 niniejszego Ogłoszenia:**

**5.1.1. W przypadku osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.**

1. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (studia magisterskie) na kierunku psychologia;

2. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. lub dokument potwierdzający posiadanie certyfikatu psychoterapeuty z min. 220 h szkoleń lub dokument potwierdzający ukończenie całościowego kursu z psychoterapii, w tym 220 h zajęć z psychoterapii dzieci i młodzieży lub posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży lub dokument potwierdzający odbywanie szkolenia z psychoterapii, ale min. po 2 roku obejmującego minimum 1200 h szkolenia, w tym 360 h stażu z psychoterapii dla dzieci i młodzieży;

3. Oświadczenie Oferenta, że posiada minimum 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej indywidualnej lub grupowej z dziećmi i młodzieżą i/ lub Oświadczenie Oferenta, że posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

5. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) – Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego;

**5.1.2. W przypadku osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą:**

1. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (studia magisterskie) na kierunku psychologia;

2. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. lub dokument potwierdzający posiadanie certyfikatu psychoterapeuty z min. 220 h szkoleń lub dokument potwierdzający ukończenie całościowego kursu z psychoterapii, w tym 220 h zajęć z psychoterapii dzieci i młodzieży lub posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży lub dokument potwierdzający odbywanie szkolenia z



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

psychoterapii, ale min. po 2 roku obejmującego minimum 1200 h szkolenia, w tym 360 h stażu z psychoterapii dla dzieci i młodzieży;

3. Oświadczenie Oferenta, że posiada minimum 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej indywidualnej lub grupowej z dziećmi i młodzieżą i/ lub Oświadczenie Oferenta, że posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

5. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) – Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego;

6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;

7. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.

#### **5.1.1. W przypadku spółki partnerskiej:**

1. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (studia magisterskie) na kierunku psychologia osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;

2. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. lub dokument potwierdzający posiadanie certyfikatu psychoterapeuty z min. 220 h szkoleń lub dokument potwierdzający ukończenie całościowego kursu z psychoterapii, w tym 220 h zajęć z psychoterapii dzieci i młodzieży lub posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży lub dokument potwierdzający odbywanie szkolenia z psychoterapii, ale min. po 2 roku obejmującego minimum 1200 h szkolenia, w tym 360 h stażu z psychoterapii dla dzieci i młodzieży osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;

3. Oświadczenie Oferenta, że osoba, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem posiada minimum 1 rok doświadczenia w pracy z dziećmi i młodzieżą lub rodziną i/lub że posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. Oświadczenie Oferenta, że osoba, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

5. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) – Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;

6. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

7. Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy;
8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;

#### **5.1.4. W przypadku podmiotów leczniczych:**

1. Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (studia magisterskie) na kierunku psychologia osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
2. Dokument potwierdzający posiadanie tytułu specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. lub dokument potwierdzający posiadanie certyfikatu psychoterapeuty z min. 220 h szkoleń lub dokument potwierdzający ukończenie całościowego kursu z psychoterapii, w tym 220 h zajęć z psychoterapii dzieci i młodzieży lub posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży lub dokument potwierdzający odbywanie szkolenia z psychoterapii, ale min. po 2 roku obejmującego minimum 1200 h szkolenia, w tym 360 h stażu z psychoterapii dla dzieci i młodzieży osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
3. Oświadczenie Oferenta, że osoba, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem posiada minimum 1 rok doświadczenia w pracy z dziećmi i młodzieżą lub rodziną i/lub że posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Oświadczenie, że osoba, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
5. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) – Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
6. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
7. Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy;
8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
9. Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące:

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

HC.1.3.3 Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne

66 Psychiatria dzieci i młodzieży

***UWAGA. Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełnienia wymagań stawianych Oferentom powinny być złożone w formie oryginału lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem, opatrzone podpisem Oferenta.***

#### **6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:**

1. formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia
2. formularz cenowy – zał. nr 4 do Ogłoszenia



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo,  
Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy  
POWR.04.01.00-00-DM01/20*

3. Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - zał. nr 4.1. do Ogłoszenia - dotyczy spółek partnerskich i podmiotów leczniczych;
4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia : **5a:** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz w przypadku spółki partnerskiej lub **5b:** dotyczy podmiotów leczniczych
5. Oświadczenie Oferenta dotyczące możliwości realizacji przedmiotu zamówienia – dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą – zał. nr 6 do Ogłoszenia

#### **7. Sposób porozumiewania się Udzielającego Zamówienie z Oferentami.**

1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
2. Wszelkie oświadczenia, zawiadomienia oraz informacje będą przekazywane przez Udzielającego Zamówienie i Oferentów w formie pisemnej lub w wersji elektronicznej.
3. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego Zamówienie o wyjaśnienie treści Ogłoszenia, jednak nie później niż 2 dni przed upływem terminu składania ofert.
4. Osoby uprawnione do porozumiewania się z Oferentami:

**Karolina Szulim – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń,**  
Tel.: +48 22 815-16-78 e-mail: [k.szulim@ipczd.pl](mailto:k.szulim@ipczd.pl)

5. Dokumenty składane przez Oferentów, w odpowiedzi na wezwanie do usunięcia braków formalnych w trybie art. 149 ust. 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, winny być złożone w formie pisemnej, tj. oryginału lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.

#### **8. Opis sposobu przygotowania oferty.**

1. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Złożenie oferty alternatywnej skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez Oferenta lub przez osobę upoważnioną do jego reprezentowania.

W przypadku podpisywania oferty przez osobę/osoby posiadające pełnomocnictwa, dokumenty pełnomocnictwa muszą być dołączone do oferty w oryginale lub w notarialnie uwierzytelnionej kopii.

4. Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty (a nie kartki) wraz z załącznikami były jednoznacznie ponumerowane i spięte.

#### **9. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Oferty należy składać w nieprzejrzystym, zamkniętym opakowaniu do dnia .....**18.10.**..... 2023r. do godz. ...**14:00**... w siedzibie Udzielającego Zamówienie, budynek G, I piętro, pokój 123 – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń.
2. Opakowanie zawierające ofertę powinno być zaadresowane:

**INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**  
**Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń**  
**Al. Dzieci Polskich 20; 04-730 Warszawa**

oraz oznakowane następująco:



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów w zakresie psychoterapii indywidualnej w ramach Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego - II poziom referencyjny – 3 osoby– nr sprawy KO/CZD/113/23”**

**Nie otwierać przed ...18.10.2023r. przed godziną ....14:00..**

i opatrzone nazwą oraz dokładnym adresem Oferenta. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnej z w/w opisem ponosi Oferent.

3. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Udzielającego Zamówienie przed upływem terminu wyznaczonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Instytutu.

4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.

5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi .....18.10..... 2023r. o godz. ...14:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.

6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż do .....25.10..... 2023r. z zastrzeżeniem możliwości przedłużenia terminu przez Udzielającego Zamówienie z powodów proceduralnych.

#### 10. Kryteria wyboru oferty i sposób oceny

1. Przy wyborze oferty Komisja Konkursowa kierować się będzie następującymi kryteriami:

- a) Cena - 95 punktów
- b) Jakość – 5 punktów

Razem max do uzyskania 100 punktów

| L.p | Nazwa kryterium       | Waga kryterium w punktach | Sposób punktowania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Cena                  | 95 punktów                | Najniższa zaoferowana cena oferty/Cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,95                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2.  | Jakość <sup>1 2</sup> | 5 punktów                 | <p>Punkty będą przyznane jeżeli Oferent przedstawi: <u>DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY)</u> – Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego:</p> <p>A. Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych – 0 punktów<br/>B. Oferent przedstawia dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe – 5 punktów</p> |

<sup>1</sup> W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada dokument potwierdzający dodatkowe kwalifikacje zawodowe wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium Jakość.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

<sup>2</sup> W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym, że posiada/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia, ale go przedstawi, Udzielający Zamówienia przyzna punkty w kryterium Jakość.

**W przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych, należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b): Jakość.**

**W przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych, punkty w Kryterium b): Jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.**

2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów, za wszystkie ocenione łącznie kryteria.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie.
4. Rozliczenia między Udzielającym Zamówienia, a Przyjmującym Zamówienie odbywać się będą w polskich złotych (PLN)
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo niedokonania wyboru świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 152 ust. 2 pkt. 3 ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, bez podania przyczyn.

#### **11. Rozstrzygnięcie konkursu**

1. Udzielający Zamówienia odrzuci ofertę:
  - a) złożoną przez Oferenta po terminie;
  - b) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - c) jeżeli Oferent nie wypełnił informacji o cenie za świadczenie zgodnie z formularzem cenowym będącym załącznikiem nr 4 do Ogłoszenia;
  - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
  - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
  - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów (z wyłączeniem formularza cenowego w zakresie kryterium cena) lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wezwie oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
3. W przypadku gdy Oferent złoży dokumenty (wydruk z CEIDG, wydruk z RPWDL), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienia są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienia jeśli będzie to możliwe uzyska je samodzielnie z ogólnodostępnych baz danych.
4. Udzielający zamówienia unieważni postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
  - a) nie wpłynęła żadna oferta;
  - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;
  - c) odrzucono wszystkie oferty;
  - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
  - e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynęły więcej ofert.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

## **12. Udzielenie zamówienia**

1. Zamówienie zostanie udzielone Oferentowi, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o kryteria wyboru podane w pkt. 10 niniejszego Ogłoszenia.
2. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienie poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie, podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres Oferenta, którego oferta została wybrana.

## **13. Istotne postanowienia umowy**

Istotne dla stron postanowienia, stanowią załącznik nr 2 do niniejszego Ogłoszenia.

## **14. Środki ochrony prawnej przysługujące Przyjmującym Zamówienie**

1. Przyjmującym Zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienie, unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania Przyjmujący Zamówienie może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń (bud. G – I p.) oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora Udzielającego Zamówienie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

**Załączniki:**

- 1) Szczegółowy zakres zamówienia (zał. nr 1),
- 2) Istotne postanowienia umowy (zał. nr 2),
- 3) Formularz ofertowy (zał. nr 3),
- 4) Formularz cenowy (zał. nr 4),
- 5) Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (zał. 4.1.) - dotyczy spółek partnerskich i podmiotów leczniczych,
- 6) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5)- **5a:** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz spółek partnerskich lub **5b:** dotyczy podmiotów leczniczych,
- 7) Oświadczenie Oferenta dotyczące możliwości realizacji przedmiotu zamówienia – dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą (zał. nr 6).

.....  
*podpis Udzielającego Zamówienia*



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

### Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów w zakresie psychoterapii indywidualnej w ramach Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, II poziom referencyjny, Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – 3 osoby.

#### **Zakres obowiązków:**

- Świadczenie opieki psychoterapeutycznej na rzecz pacjentów w tym prowadzenie sesji psychoterapeutycznych indywidualnych z małoletnim klientem na rzecz zmiany zgodnie z celami ustalonymi w ramach indywidualnego planu zdrowienia.
- Prowadzenie dokumentacji psychologicznej i medycznej według obowiązujących zasad.
- Współpraca z innymi profesjonalistami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem w tym uczestnictwo w zebraniach zespołu mającego na celu monitorowanie stanu psychicznego pacjenta, efektów prowadzonej psychoterapii i realizacji indywidualnego planu zdrowienia.
- Udział w superwizjach u certyfikowanego Supewizora.

#### **Warunki:**

1. Świadczenia będą udzielane w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym Zamówienia.
2. Miejsce udzielania świadczeń: Oddział Dzienny Psychiatrii Dziecięcej
3. Świadczenia będą realizowane w wymiarze:  
-Max liczba godzin miesięcznie – 120 godz./m-c dla 3 osób w okresie od zawarcia umowy do 31.12.2023r.  
a) łączna liczba godzin w trakcie trwania umowy– 360 godz.
3. Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia do 31.12.2023r.
4. Wynagrodzenie za realizację zamówień będzie rozliczane przyjmując stawkę za godzinę udzielania świadczeń.
5. Zamówienie będzie wykonywane przez 3 osoby.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

## Załącznik nr 2 do Ogłoszenia - Istotne postanowienia umowy

### ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

#### § 1

#### Przedmiot Umowy

1. Przedmiotem Umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" przez psychologa w zakresie psychoterapii indywidualnej zgodnie z założeniami modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz zawartą umową w ramach Projektu „*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz*”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego zwanego dalej Projektem.
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

#### § 2

#### Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu Umowy posiada prawo wykonywania zawodu psychologa oraz oświadcza, że nie ma ograniczonego ani zawieszzonego prawa wykonywania zawodu.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu Umowy posiada niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich (jeśli dotyczy).
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego Zamówienie, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w Umowie i tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z Umową.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa, jest Koordynator II poziomu referencyjnego bądź osoba go zastępująca.
6. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Koordynatora II poziomu referencyjnego bądź osobę go zastępującą;
7. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w ust. 2, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienie, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić z krótszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym;



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

8. Udzielający Zamówienia nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron Umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych Harmonogramem.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:
- a) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów, do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi usługami medycznymi w ramach niniejszej umowy;
  - b) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
  - c) Współpracować z zespołem realizującym projekt oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienie;
  - d) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienie każdy konflikt interesów i każdy inny fakt przeszkadzający, utrudniający lub uniemożliwiający należyte wykonywanie postanowień Umowy. Osobą wyznaczoną do kontaktu jest pracownik Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń;
  - e) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;
  - f) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, a także przepisów porządkowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów jest Koordynator II poziomu referencyjnego bądź osoba go zastępująca;
  - g) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji, serwisach internetowych i mediach społecznościowych, dotyczących przedmiotowo wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie;
  - h) stosować się do zarządzeń wewnętrznych Udzielającego Zamówienia o charakterze organizacyjnym, przestrzegać przepisów o ochronie danych osobowych, porządkowych i innych wynikających z obowiązujących aktów prawnych oraz regulaminów Udzielającego Zamówienia. Informacje opisane w zdaniu poprzednim będą przesyłane Przyjmującemu Zamówienie na służbową pocztę elektroniczną, założoną przez Udzielającego Zamówienie. Korzystanie ze służbowej poczty elektronicznej założonej indywidualnie jest obowiązkowe.
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną w tym Elektroniczną Dokumentację Medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz sprawozdawczość statystyczną według zasad obowiązujących w podmiotach leczniczych, a w szczególności według zasad ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, korzystając z narzędzi udostępnionych przez Udzielającego Zamówienie.
11. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
12. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które nie są pacjentami Udzielającego Zamówienia.
13. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
14. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
15. stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie (o ile dotyczy);



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

16. zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. Kopie dokumentów, o których mowa powyżej, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawić w terminie 14 dni od daty zawarcia umowy;

17. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.

18. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek uczestniczenia w planowanych szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia oraz do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych, zdobywania lub uzupełniania wiedzy i umiejętności, z inicjatywy Udzielającego Zamówienia albo za jego zgodą.

19. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do:

- a) Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie;
- b) Udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie sprzętu i aparatury medycznej oraz zapewnienia materiałów medycznych niezbędnych do wykonywania Zamówienia;
- c) Zorganizowania obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami.

### § 3

#### Kontrola realizacji zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli, wykonywanej przez Udzielającego Zamówienie, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, i inne uprawnione organy oraz podmioty, dotyczącej w szczególności prawidłowości realizacji Projektu, dostępności, jakości i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej i projektowej, gospodarowania środkami, przestrzegania praw pacjenta, a w związku z tym Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia wszelkich dokumentów, danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.

2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości w zakresie, w szczególności:

- a) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
- b) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
- c) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
- d) gospodarowania użytowanymi sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- e) realizacji zaleceń pokontrolnych.

### § 4

#### Należność za realizację zamówienia

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości:

- ..... **zł brutto** za godzinę udzielania świadczeń

**łącznie wartość umowy wynosi ..... PLN brutto (słownie: .....) brutto.**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy wypłacona będzie ze środków Projektu na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku.
3. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2, wystawiane i dostarczone będą do 5 dnia każdego miesiąca na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych stanowiących suplement do faktury lub rachunku. Wzór suplementu określa Udzielający Zamówienia.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w suplemencie lub jego braku, wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki za opóźnienie w płatnościach.
5. Za datę dostarczenia faktury Udzielającemu Zamówienia uznaje się datę przyjęcia faktury potwierdzonej przez Dział Księgowości Udzielającego Zamówienia.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury/rachunku Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
7. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie, o którym mowa w ust. 1, jest rozumiane jako łączna kwota obejmująca również składki na ubezpieczenia społeczne, składki na Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, składkę na PPK finansowane przez zleceniodawcę.
8. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostaną potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz składki na PPK, chyba że Przyjmujący Zamówienie udokumentuje Udzielającemu Zamówienia brak konieczności opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, m.in. przedstawiając z rachunkiem za każdy miesiąc oświadczenie oraz aktualne zaświadczenia od innych płatników składek na ubezpieczenie społeczne. W takiej sytuacji składki na ubezpieczenie społeczne nie zostaną potrącone.
9. Punkty 7 i 8 niniejszego paragrafu dotyczy osób nie prowadzących działalności gospodarczej.

## § 5

### Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie kary umowne:
  - a) za niewykonanie świadczeń objętych Umową z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wysokości dwukrotnej wartości niewykonanych świadczeń;
  - b) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 umowy w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie;
  - c) za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 2 ust. 10 w wysokości 200,00 zł brutto za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie.
2. Udzielający Zamówienie zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

## § 6

### Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od daty zawarcia do 31.12.2023r.** lub do wyczerpania kwoty, o której mowa w §4 ust. 1.
2. Umowa wygasa samoistnie z chwilą zaistnienia jednej z okoliczności, o których mowa w ust. 1.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

## § 7

### Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może zostać rozwiązana w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego lub na mocy porozumienia stron;
2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
  - a) w wyniku kontroli własnej lub organu zewnętrznego, zostanie stwierdzone niewykonywanie Umowy lub jej wadliwe wykonanie, a w szczególności polegające na ograniczeniu dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu lub złej jakości świadczeń;
  - b) Przyjmujący Zamówienie nie dopełni obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej lub służbowej, albo dopuści się czynu nieuczciwej konkurencji, o których mowa w §8 ;
  - c) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy;
  - d) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia lub kwalifikacje konieczne dla realizacji Umowy;
  - e) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpi do realizacji Umowy;
  - f) Przyjmujący Zamówienie odmówi poddania się badaniu na zawartość alkoholu lub środków odurzających, gdy zachodzi podejrzenie ich użycia;
  - g) Przyjmujący Zamówienie nie przedstawi umowy odpowiedzialności cywilnej na wezwanie Udzielającego zamówienie w terminie 7 dni od wezwania
  - h) Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienie nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje związane z realizacją niniejszej umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni, po wygaśnięciu Umowy przekazać Udzielającemu Zamówienie wszelkie dokumenty i inne materiały dotyczące zarówno tajemnicy służbowej, jak i zawodowej oraz inne dokumenty, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania Umowy w związku z jej wykonywaniem.

## § 8

### Ochrona tajemnicy i nieuczciwa konkurencja

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których dowiedziały się przy realizacji Umowy oraz informacji, które stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Działanie Przyjmującego Zamówienie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, zagrażające lub naruszające interes Udzielającego Zamówienia bądź jego pacjentów będzie traktowane jako czyn nieuczciwej konkurencji, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Czynami nieuczciwej konkurencji są m.in.:
  - a) naruszenie (przekazanie, ujawnienie, wykorzystanie) informacji stanowiących tajemnicę Udzielającego Zamówienie;
  - b) rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji dotyczących Udzielającego Zamówienie.

## § 9

### Ochrona danych osobowych

1. W trakcie wykonywania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

- a) przestrzegania przepisów oraz wewnętrznych procedur IPCZD dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych, a w szczególności Polityki bezpieczeństwa danych osobowych,
  - b) przetwarzania danych osobowych ściśle zgodnie z udzielonym przez Udzielającego Zamówienie upoważnieniem i jedynie w granicach tego upoważnienia,
  - c) zachowania poufności wszelkich informacji dotyczących danych osobowych pacjentów i pracowników Udzielającego Zamówienie, sposobu przetwarzania i ochrony tych danych,
  - d) podpisania oświadczenia o poufności stanowiącego zał. Nr 4 do niniejszej umowy
2. Powyższe postanowienia dotyczą zarówno osób fizycznych, osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przypadku podmiotów leczniczych i osób prawnych.

### **§ 10** **Postanowienia końcowe**

1. W zakresie nieuregulowanym Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
2. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
3. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

#### Załączniki:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia

Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 3: Formularz cenowy

Załącznik nr 4: Oświadczenie o poufności

Załącznik nr 5: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w IPCZD (jeśli dotyczy)

.....  
**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
**Udzielający Zamówienia**

**Załącznik nr 4 do Umowy**





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy**  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

Zał. nr 3 do Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w IPCZD

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
/miejsowość, data

.....  
( stanowisko)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

#### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że znane mi są przepisy dotyczące ochrony danych osobowych:
  - a) 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
  - b) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
  - c) „Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych” w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
  - d) „Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
2. Zobowiązuję się do przestrzegania zarządzeń, instrukcji i procedur dotyczących ochrony danych osobowych obowiązujących w IPCZD oraz że nie będę bez pisemnego upoważnienia Administratora Danych przetwarzać danych osobowych w ramach zbiorów wykorzystywanych w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”.
3. Zobowiązuję się, że nie będę pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać ani udostępniać jakichkolwiek danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych dotyczących m.in. stanu zdrowia i kodu genetycznego, do których będę miał/miała dostęp, w innych celach niż związane z wykonywaniem obowiązków.
4. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane za naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu Kodeksu Pracy.

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

**Załącznik nr 5 do Umowy**



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy  
POWR.04.01.00-00-DM01/20*

Adaptacji ogólnej w Instytucie podlegają osoby mające po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

**OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE ZBIOREM  
WYTYCZNYCH I ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W IPCZD**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/łem się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

.....  
(data i podpis)

Zakres adaptacji ogólnej:

- Szkolenie z zakresu systemu zarządzania jakością i programu poprawy jakości
- Szkolenie z zakresu: ppoż., zdarzeń masowych i katastrof, topografii szpitala
- Szkolenie z zakresu zakażeń szpitalnych
- Szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych
- Szkolenie z zakresu bhp
- Prezentacja Działu Systemów Informatycznych
- Szkolenie wstępne z zakresu ochrony radiologicznej



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia - Formularz ofertowy**

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 WARSZAWA, AL. DZIECI POLSKICH 20**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:**

|                                                                 |                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| <b>Imię i Nazwisko lub nazwa firmy pod którą działa Oferent</b> |                                                |  |
| <b>ADRES</b>                                                    | <b>Kod pocztowy</b>                            |  |
|                                                                 | <b>Miejscowość</b>                             |  |
|                                                                 | <b>Ulica</b>                                   |  |
|                                                                 | <b>Nr domu/ mieszkania</b>                     |  |
| <b>NIP*</b>                                                     |                                                |  |
| <b>REGON*</b>                                                   |                                                |  |
| <b>nr dowodu osobistego</b>                                     | <b>Seria .....numer..... wydany przez.....</b> |  |
| <b>PESEL</b>                                                    |                                                |  |
| <b>Nazwisko rodowe</b>                                          |                                                |  |
| <b>Imiona rodziców</b>                                          |                                                |  |
| <b>adres email</b>                                              |                                                |  |
| <b>telefon</b>                                                  |                                                |  |

....., dnia .....

..... (podpis Oferenta)

\* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

### Załącznik nr 3 do Ogłoszenia - Formularz ofertowy

#### Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów w zakresie psychoterapii indywidualnej w ramach Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego - II poziom referencyjny – 3 osoby.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie [www.czd.pl](http://www.czd.pl), w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał/osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe ( studia magisterskie) na kierunku psychologia.**
6. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **minimum 1 roku doświadczenia w pracy terapeutycznej indywidualnej lub grupowej z dziećmi i młodzieżą i/lub posiada 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży**– potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
7. Posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.

....., dnia .....

..... (podpis Oferenta)

\* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy**  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

Spis załączników:

| L.p. | Rodzaj dokumentu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”) |     |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TAK                                 | NIE |
| 1    | Dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (studia magisterskie) na kierunku psychologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |     |
| 2    | Dokument potwierdzający posiadanie tytułu specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. lub dokument potwierdzający posiadanie certyfikatu psychoterapeuty z min. 220 h szkoleń lub dokument potwierdzający ukończenie całościowego kursu z psychoterapii, w tym 220 h zajęć z psychoterapii dzieci i młodzieży lub posiadać 360 h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży lub dokument potwierdzający odbywanie szkolenia z psychoterapii, ale min. po 2 roku obejmującego minimum 1200 h szkolenia, w tym 360 h stażu z psychoterapii dla dzieci i młodzieży                                                                                        |                                     |     |
| 3    | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |     |
| 4    | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |     |
| 5    | Wykaz personelu który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy spółek partnerskich i podmiotów leczniczych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |     |
| 6    | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz w przypadku spółki partnerskiej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |     |
| 7    | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |     |
| 8    | <u>DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE)</u> - Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego; |                                     |     |
| 9    | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |     |
| 10   | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |     |
| 11   | Aktualna polisa OC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |     |

..... Podpis Oferenta



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia – Formularz cenowy**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:**

Institut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: .....

Adres Przyjmującego Zamówienie: .....

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów w zakresie psychoterapii indywidualnej w ramach Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**  
**- II poziom referencyjny**

**Formularz cenowy**

**Kryterium a) Cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

..... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

Słownie ..... zł brutto

**Kryterium b) Jakość<sup>1 2</sup> – osób fizycznych i osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą-** Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)*:

|    |                                                                    |                          |
|----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| A. | Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych          | <input type="checkbox"/> |
| B. | Oferent przedstawia dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe | <input type="checkbox"/> |

<sup>1</sup> W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada dokument potwierdzający dodatkowe kwalifikacje zawodowe wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium Jakość.

<sup>2</sup> W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym, że posiada/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia, ale go przedstawi, Udzielający Zamówienia przyzna punkty w kryterium Jakość.

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym, w zakresie kryterium a) cena, będzie skutkowałą odrzuceniem Oferty.**

....., dnia .....

..... (podpis Oferenta)



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia - Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy**

**Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - dotyczy osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych:**

| L.p. | Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem | Kryterium Jakość <sup>1 2</sup><br>(spełnienie warunku kryterium jakość do wyboru tak/nie) | Oświadczenie dotyczące możliwości realizacji przedmiotu zamówienia<br>Deklaruję średnio co miesiąc możliwość realizacji przedmiotu zamówienia w wysokości liczby godzin - <b>należy wskazać deklarowaną średnią liczbę godzin miesięcznie z przedziału 1- 120 godzin</b> |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.   |                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 2.   |                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3.   |                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |

<sup>1</sup> W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada dokument potwierdzający dodatkowe kwalifikacje zawodowe wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

<sup>2</sup> W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia, ale go przedstawi, Udzielający Zamówienia przyzna punkty w kryterium Jakość.

**W przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych, należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b): Jakość.**

**W przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych, punkty w Kryterium b): Jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.**

.....  
(podpis Oferenta)



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy*  
POWR.04.01.00-00-DM01/20

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

**5 a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych** - dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz w przypadku spółki partnerskiej

Ja, niżej podpisana/podpisany.....

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a 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.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis .....

lub

**5 b**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych** - dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany.....

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a 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.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis .....





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz m.st. Warszawy  
POWR.04.01.00-00-DM01/20*

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

Oświadczenie Oferenta dotyczące możliwości realizacji przedmiotu zamówienia – **dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą.**

Deklaruję średnio co miesiąc możliwość realizacji przedmiotu zamówienia w wysokości ....., liczby godzin - **należy wskazać deklarowaną średnią liczbę godzin miesięcznie z przedziału pomiędzy 1 a 120 godzin.**

..... (podpis Oferenta)