

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 – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (2 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 – 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

2. Opis przedmiotu zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (2 osoby).

Zadanie nr 1 dotyczy realizacji przedmiotu zamówienia przez 1 osobę, w terminie od 03.07.2024r. do 30.06.2025r., świadczenia będą udzielane w Aptece Szpitalnej, miesięczna liczba świadczeń dla 1 osoby będzie wynosić max 180 godzin w godz. 08:00-15:35.

Zadanie nr 2 dotyczy realizacji przedmiotu zamówienia przez 1 osobę, w terminie od 29.07.2024r. do 30.06.2025r., świadczenia będą udzielane w Aptece Szpitalnej, miesięczna liczba świadczeń dla 1 osoby będzie wynosić max 180 godzin w godz. 08:00-15:35 oraz 2 dyżury w dni wolne od pracy, w godz. 08:00-15:35, tj. 15h miesięcznie.

Kod CPV dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2: 85149000-5 Usługi farmaceutyczne

3. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.

4. Termin wykonania zamówienia: zadanie nr 1: 03.07.2024r. – 30.06.2025r.; zadanie nr 2: 29.07.2024r. – 30.06.2025r.

5. Wykaz niezbędnych dokumentów oraz warunków uprawniających Oferentów do udziału w postępowaniu konkursowym:

1. Oferent 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. 5.1.1, pkt. 5.1.2.);

2. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty,

3. Dyplom ukończenia studiów,

4. Oświadczenie o posiadaniu wpisu do centralnego rejestru farmaceutów zarejestrowanych na terenie RP¹,

5. Aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;

6. Dokument fakultatywny (nieobowiązkowy): **dla zadania nr 1:** kursy z zakresu wykonywania leków recepturowych; **dla zadania nr 2 :** kursy z zakresu wykonywania leków jałowych;

7. Warunek fakultatywny (nieobowiązkowy): **dla zadania nr 1:** doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków recepturowych; **dla zadania nr 2:** doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków cytotoksycznych,

8. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - **nie starsza niż 6 miesięcy;**²

¹ Udzielający Zamówienia ma prawo zweryfikować czy Oferent posiada wpis do centralnego rejestru farmaceutów zarejestrowanych na terenie RP

² Nie dotyczy Oferentów, którzy ubiegają się o kontynuację współpracy **bez przerwy zatrudnienia** w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"

9. Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat;^{3,4}

10. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;

11. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.

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. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty;

2. Dyplom ukończenia studiów;

3. Oświadczenie o posiadaniu wpisu do centralnego rejestru farmaceutów zarejestrowanych na terenie RP;

4. Aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;

5. Dokument fakultatywny (nieobowiązkowy): **dla zadania nr 1:** kursy z zakresu wykonywania leków recepturowych; **dla zadania nr 2:** kursy z zakresu wykonywania leków jałowych;

6. Warunek fakultatywny (nieobowiązkowy): **dla zadania nr 1:** doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków recepturowych; **dla zadania nr 2:** doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków cytotoksycznych- do potwierdzenia w formularzu cenowym;

7. Dokument potwierdzający informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, **nie starszy niż 6 miesięcy;**

8. Dokument potwierdzający informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat;

9. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;

10. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.

5.1.2. W przypadku osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą:

1. Prawo wykonywania zawodu farmaceuty;

2. Dyplom ukończenia studiów;

3. Oświadczenie o posiadaniu wpisu do centralnego rejestru farmaceutów zarejestrowanych na terenie RP;

4. Aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;

5. Dokument fakultatywny (nieobowiązkowy): **dla zadania nr 1:** kursy z zakresu wykonywania leków recepturowych; **dla zadania nr 2:** kursy z zakresu wykonywania leków jałowych;

6. Warunek fakultatywny (nieobowiązkowy): **dla zadania nr 1:** doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków recepturowych; **dla zadania nr 2:** doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków cytotoksycznych - do potwierdzenia w formularzu cenowym;

7. Dokument potwierdzający informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, **nie starszy niż 6 miesięcy;**

³ Jeżeli prawo państwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, Oferent składa **informację z rejestru karnego tego państwa.**

⁴ W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja, nie przewiduje sporządzenia informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, Oferent składa **oświadczenie - załącznik nr 7 do Ogłoszenia.**

KO/CZD/44/24

8. Dokument potwierdzający informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat;
9. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;
10. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
11. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011r. o działalności leczniczej.
12. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.

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

6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

1. formularz ofertowy dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2 – zał. nr 3 do Ogłoszenia
2. formularz cenowy dla Zadania nr 1 – zał. nr 4a do Ogłoszenia
3. formularz cenowy dla Zadania nr 2 – zał. nr 4b do Ogłoszenia
4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia : **5:** dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą
5. oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/ zamieszkiwania zał. nr 7 do Ogłoszenia – w przypadku, gdy prawo państwa nie przewiduje sporządzenia informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego

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 przed upływem terminu na 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**

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 poświadczonej 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 nieprzejrystym, zamkniętym opakowaniu do dnia**24.06... 2024r. do godz. 11:00** 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:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (2 osoby) – nr sprawy KO/CZD/44/24”
Zadanie nr

Nie należy otwierać do dnia~~24.06~~..... 2024r. do godz. 11:00

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~~24.06~~..... 2024r. o godz. 11:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.

6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia~~01.07~~..... 2024r. Z zastrzeżeniem możliwości przedłużenia terminu przez Udzielającego Zamówienie z powodów proceduralnych.

10. Kryteria wyboru oferty i sposób oceny

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

- a) Cena - max 90 punktów
- b) Jakość – max 5 punktów
- c) Kompleksowość – max 5 punktów

Razem max do uzyskania 100 punktów

Zadanie nr 1

L.p	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	90 punktów	<p>Zad nr 1: Najniższa zaofferowana cena oferty za godzinę Usług farmaceutycznych – 90 pkt.</p> <p>Najniższa zaofferowana cena oferty/Cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,90</p>
2.	Jakość ¹	5 punktów	<p>Zad nr 1: Oświadczenie oferenta, że posiada udokumentowane doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków recepturowych :</p> <p>A. Brak doświadczenia- 0 punktów</p> <p>B. 1-3 lata doświadczenia – 3 punkty</p> <p>C. powyżej 3 lat doświadczenia – 5 punktów</p>
3.	Kompleksowość ^{2 3}	5 punktów	<p>Zad nr 1: Punkty będą przyznane za przedstawienie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych (max 10 pkt.):</p> <p>a. Przedstawienie minimum jednego z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych– 5 pkt.</p> <p>b. Brak dodatkowych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych</p>

¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie.

² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.

³ W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

Zadanie nr 2

Lp	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	90 punktów	<p>Zad nr 2: Liczba punktów w tym kryterium, będzie stanowić sumę punktów uzyskanych w kategoriach od A i B, może wynieść maksymalnie 90 punktów:</p> <p>A. oferowana cena za godzinę Usług farmaceutycznych – max. 45 pkt. Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,45</p> <p>B. oferowana cena za godzinę dyżuru w Aptece Szpitalnej – max. 45 pkt. Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,45</p>
2.	Jakość ¹	5 punktów	<p>Zad nr 2: Oświadczenie oferenta, że posiada udokumentowane doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków cytotoksycznych:</p> <p>A. Brak doświadczenia- 0 punktów B. 1-3 lata doświadczenia – 3 punkty C. powyżej 3 lat doświadczenia – 5 punktów</p>
3.	Kompleksowość ^{2 3}	5 punktów	<p>Zad nr 2: Punkty będą przyznane za przedstawienie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych (max 10 pkt.):</p> <p>a. Przedstawienie minimum jednego z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych– 5 pkt. b.Brak dodatkowych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych – 0 pkt.</p>

¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie.

² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.

³ W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

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 lub wydruk z KRS), 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 wpłynie więcej ofert.

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

KO/CZD/44/24

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.

Załączniki:

- 1) Szczegółowy zakres zamówienia (zał. nr 1)
- 2) Istotne postanowienia umowy (zał. nr 2)
- 3) Formularz ofertowy dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2 (zał. nr 3)
- 4) Formularz cenowy dla Zadania nr 1 (zał. nr 4a)
- 5) Formularz cenowy dla Zadania nr 2 (zał. nr 4b)
- 6) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5)- 5: dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą
- 7) Oświadczenie o zamieszkiwaniu (zał. nr 6)
- 8) Oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/ zamieszkiwania (zał. nr 7)

.....
podpis Udzielającego Zamówienia

Szczegółowy Zakres Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (2 osoby).

Zadanie nr 1

Zadania do realizacji:

1. Praca przy wytwarzaniu leków aptecznych i recepturowych (w tym kropli ocznych).
2. Nadzór nad całokształtem pracy przy wytwarzaniu leku recepturowego i ścisła współpraca z Zespołem Apteki Szpitalnej.
3. Zamawianie i przyjmowanie na stan substancji recepturowych niezbędnych do wytworzenia leku.
4. Taksacja i retaksacja recept.
5. Odpowiednie przygotowanie stanowiska pracy do wytwarzania leku.
6. Dokładne zapoznanie się ze zleceniami przekazanymi przez Oddziały.
7. Sprawdzenie każdej recepty pod względem formalnym i merytorycznym.
8. Postępowanie przy wytwarzaniu leków recepturowych i aptecznych ściśle z obowiązującą procedurą i instrukcjami.
9. Sporządzanie jałowego leku recepturowego – w tym kropli ocznych.
10. Nadzór nad fasowaniem leków recepturowych i aptecznych do odpowiednich opakowań i odpowiednie ich oznakowanie.
11. Prowadzenie ewidencji leków recepturowych i aptecznych oraz innych przewidzianych w Ustawie prawa farmaceutycznego i rozporządzeniach dokumentów dla leków recepturowych i aptecznych.
12. Po zakończonej pracy sprzątnięcie i pozostawienie łoża recepturowej w czystości poprzez jej umycie, a następnie zdezynfekowanie.
13. Prowadzenie w systemie komputerowym taksacji wydanych leków i kontrolowanie przychodów i rozchodów surowców recepturowych.
14. W każdej wątpliwej sytuacji odnośnie wydanego produktu leczniczego dotyczącego: zastosowania, składu, wielkości dawki czy konieczności wydania zamiennika, należy bezwzględnie zapoznać się z kartą charakterystyki produktu leczniczego, ulotką i uzgodnić z lekarzem decyzję lub zgłosić problem Kierownictwu.
15. Praca na innych stanowiskach w Aptece wg potrzeb i wskazań Kierownika Apteki.
16. Zgłoszenie Kierownikowi Apteki wszelkich wątpliwości i niejasności natury merytorycznej dotyczącej przepisane leku.
17. Znajomość i przestrzeganie właściwego przechowywania substancji recepturowych, produktów leczniczych i wyrobów medycznych w zależności od ich formy, składu i właściwości.
18. Nadzór i ścisła kontrola właściwego przechowywania substancji silnie działających i trucizn (należyte zabezpieczenie kluczy).
19. Na polecenie Kierownika Apteki opieka i nadzór nad studentami farmacji odbywającymi praktyki wakacyjne oraz technikami farmacji będącymi na stażu zawodowym.

- Świadczenia będą udzielane w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w Aptece Szpitalnej, zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym Zamówienia;
- Termin wykonania zamówienia: zadanie nr 1: 03.07.2024 – 30.06.2025
- Miesięczna liczba świadczeń: od poniedziałku do piątku w godz. 08:00-15:35, max 180 godzin.
- Wynagrodzenie za realizację zamówień będzie rozliczane przyjmując stawkę za godzinę udzielania świadczeń.
- Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę.

Zadanie nr 2

Zadania do realizacji:

1) Praca w boksie w warunkach pełnej aseptyki:

a) bezpieczne i zgodne z procedurami szpitalnymi oraz standardami farmaceutycznymi przygotowywanie leku cytotoksycznego do podania dożylnego.

b) przestrzeganie zasad zapewniających odpowiednie warunki pracy w celu osobistej ochrony przed toksycznym działaniem sporządzonych leków.

2) Sporządzanie leków cytotoksycznych w dawkach na pacjenta, w tym konfekcjonowanie leków doustnych.

3) Codzienne wykonywanie w systemie szpitalnym rozliczenia chemioterapii dla pacjentów przebywających w IPCZD.

4) Praca na innych stanowiskach w Aptece wg potrzeb i wskazań Kierownika Apteki.

5) Na polecenie Kierownika Apteki pozostawanie w gotowości dyżurowej zgodnie z harmonogramem pracy w Aptece.

6) Przyjmowanie receptariuszy – zleceń (w formie elektronicznej oraz papierowej) na wykonanie leków cytotoksycznych indywidualnie dla każdego pacjenta.

7) Rejestracja zleceń w książce ewidencji.

8) Sprawdzenie recepty pod względem merytorycznym i ocena stabilności zleconych roztworów.

9) Przygotowanie do pracy komory laminarnej, w której sporządzane są jałowe postacie leków.

10) Przygotowanie niezbędnych preparatów i sprzętu.

11) Uzgadnianie wszelkich problematycznych spraw ze współpracującymi magistrami farmacji.

12) Zgłaszanie Kierownikowi Apteki wszelkich awarii aparatury.

- Świadczenia będą udzielane w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w Aptece Szpitalnej, zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym Zamówienia;
- Termin wykonania zamówienia: zadanie nr 2: 29.07.2024 – 30.06.2025
- Miesięczna liczba świadczeń: od poniedziałku do piątku w godz. 08:00-15:35, max 180 godzin oraz 2 dyżury w dni wolne od pracy, w godz. 08:00-15:35, tj. 15h miesięcznie
- Wynagrodzenie za realizację zamówień będzie rozliczane przyjmując stawkę za godzinę udzielania świadczeń.
- Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę.

Istotne postanowienia Umowy

§ 1

Przedmiot Umowy

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie usług farmaceutycznych w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", zgodnie ze złożoną ofertą na Zadanie nr 1/Zadanie nr 2 (*niewłaściwe skreślić*).
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

§ 2

Obowiązki Stron

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do realizacji przedmiotu niniejszej Umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że 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 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 Zamówienia;
 - c) Współpracować z lekarzami oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienia;
 - d) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienia 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 Zamówienia 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, przepisów porządkowych, a także ochrony radiologicznej (*jeśli dotyczy*) obowiązujących u Udzielającego Zamówienia. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów jest Kierownik Apteki Szpitalnej bądź osoba go zastępująca;
 - g) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienia na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji, serwisach internetowych i mediach społecznościowych, dotyczących wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia;
 - h) Wystawiać świadczeniobiorcom zwolnienia lekarskie, recepty oraz inne druki lub zaświadczenia (*jeśli dotyczy*);
 - i) 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 Zamówienia. Korzystanie ze służbowej poczty elektronicznej założonej indywidualnie jest obowiązkowe;
 - j) Przekazywać Inspektorowi Ochrony Radiologicznej Udzielającego Zamówienia indywidualny dozymetr co 3 miesiące, w związku z kontrolnymi pomiarami indywidualnych dawek ze względu na narażenie na pracę w promieniowaniu jonizującym, zgodnie z art. 17 Ustawy z dnia 29 listopada 2000r.- Prawo Atomowe (*jeśli*

KO/CZD/44/24

praca odbywa się w strefie promieniowania jonizującego);

k) Posiadać aktualny Certyfikat potwierdzający zaliczenie egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta i/lub Zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta *(jeśli dotyczy)*.

6. 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 *płatnika publicznego*, korzystając z narzędzi udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.

7. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.

8. 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.

9. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienia wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych nieobjętych Umową.

10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :

a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienia;

b) utrzymywania we własnym zakresie i na własny koszt przez cały okres trwania Umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy. Kopie dokumentów, o których mowa powyżej, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawiać na każde wezwanie Udzielającego Zamówienia, również po zakończeniu Umowy (do 7 lat od daty zakończenia Umowy);

c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania Umowy, umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pod rygorem rozwiązania Umowy, zgodnie z § 8 ust. 2, lit. g) *(jeśli dotyczy)*. W przypadku, gdy umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje okres krótszy niż czas trwania Umowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu Zamówienia nową polisę ubezpieczeniową.

d) Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że recepty uzyskane za pośrednictwem Udzielającego Zamówienia wykorzystywane będą wyłącznie w celu ordynowania pacjentom Udzielającego Zamówienia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" *(jeśli dotyczy)*.

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

12. 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.

13. Udzielający Zamówienia 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.

14. Przyjmujący Zamówienie, który nie posiada dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zobowiązuje się do ukończenia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania Umowy, a następnie przedstawiania dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta *(jeśli dotyczy)*.

15. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do korzystania z indywidualnych identyfikatorów pracowniczych zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora 51/15 z dnia 7 grudnia 2015r. w sprawie określenia zasad realizacji obowiązku posługiwania się wizytówkami identyfikacyjnymi przez pracowników Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” oraz inne osoby pracujące lub czasowo przebywające na terenie Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka".

§ 3

Kontrola realizacji zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli, wykonywanej przez Udzielającego Zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia i inne uprawnione organy oraz podmioty, dotyczącej w szczególności dostępności, jakości i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej, 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) rzetelnego udzielania świadczeń;
 - b) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
 - c) przestrzegania *harmonogramu*
 - d) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
 - e) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
 - f) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - g) realizacji zaleceń pokontrolnych.
 - h) czasu pracy-w oparciu o system monitorowania obecności.
3. Udzielający Zamówienia może poprzez wyznaczone, działające w jego imieniu osoby kontrolować Przyjmującego Zamówienie w dowolnym czasie pod kątem obecności i realizacji świadczeń zgodnie z *harmonogramem*.

§ 4

Należność za realizację zamówienia

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości (*niewłaściwe skreślić*):

Zadanie nr 1

..... **zł brutto** (słownie:.....) za godzinę usług farmaceutycznych

Zadanie nr 2

..... **zł brutto** (słownie:.....) za usług farmaceutycznych

..... **zł brutto** (słownie:.....) za godzinę dyżuru w Aptece Szpitalnej

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

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy Udzielający Zamówienie wypłacona będzie 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 Zamówienie.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
7. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostaną potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, 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.
8. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie, o którym mowa w ust. 1, jest rozumiane jako całościowy koszt, jaki Udzielający Zamówienie poniesie w związku ze świadczeniem Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie, zawierający w szczególności wynagrodzenie brutto, składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez Udzielającego Zamówienia oraz fundusz pracy. Kwota ta będzie stała bez względu na to, czy Udzielający Zamówienia będzie odprowadzał z wynagrodzenia składki na ubezpieczenie społeczne czy też nie.
9. Punkty 7, 8 niniejszego paragrafu nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą.
10. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje dodatkowe wynagrodzenie, określone w Zarządzeniu Dyrektora Udzielającego Zamówienia w sprawie ustalenia zasad dodatkowego wynagrodzenia dla osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych zawieranych na podstawie art. 26 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (łącznie z wynagrodzeniem określonym w ust. 1 z zachowaniem limitu łącznej wartości umowy) w związku z pracą we wskazanych w Zarządzeniu procedurach medycznych/obszarach działalności medycznej.
11. Należność, o której mowa w ust. 11, wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku, składanej i dostarczanej do 5 dnia następnego miesiąca, na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienia sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Do dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 11 stosuje się zasady określone w ust. 5-10.

§ 5

Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:
 - a) w sytuacji niezapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego Zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości podwójnej stawki godzinowej za każdą rozpoczętą godzinę nieobecności na podstawie zatwierdzonego *harmonogramu* przez Strony;
 - b) w przypadku udaremnienia lub utrudnienia kontroli, audytów wewnętrznych lub wizytacji akredytacyjnych – w wysokości 1 500 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych) za każdy incydent;
 - c) nieuzasadnionej odmowy przez Przyjmującego Zamówienie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych – w wysokości 2 000 zł (słownie: dwa tysiące złotych) za każde stwierdzone i potwierdzone przez Kierownika Apteki Szpitalnej lub Zastępcę Dyrektora ds. Klinicznych zdarzenie;
 - d) za naruszenie postanowień § 9 lub 10 Umowy – w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 5 ust. 1;
 - e) Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 3 ust. 6 w wysokości 500 zł (słownie: pięćset złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienia;
 - f) w przypadku niezwrócenia Inspektorowi Ochrony Radiologicznej Udzielającego Zamówienia w okresie 1 miesiąca od daty zakończenia obowiązywania Umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych) (*jeśli dotyczy*);
 - g) w przypadku zgubienia w czasie trwania umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100 zł (słownie: sto złotych) (*jeśli dotyczy*);
 - h) w przypadku udostępnienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego innej osobie, skanowania kart innych osób lub wszelkich działań sprzecznych z zasadami używania indywidualnego identyfikatora, w wysokości 1 000 zł (słownie: jeden tysiąc złotych) za każde stwierdzone naruszenie;
 - i) w przypadku zgubienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego i wydania duplikatu karty w wysokości 20 zł (słownie: dwadzieścia złotych);
2. W przypadku zakwestionowania przez NFZ zasadności lub celowości wydania recepty wystawionej przez

KO/CZD/44/24

Przyjmującego Zamówienie odpowiada on do wysokości kwoty zwracanej do NFZ wraz z odsetkami.

3. W przypadku nałożenia na Udzielającego Zamówienia kary umownej przez NFZ lub innego płatnika zewnętrznego z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie lub w przypadku nakazu zwrotu nienależnie przekazanych wartości świadczeń wynikających z negatywnej weryfikacji za niewykonanie świadczeń zdrowotnych, za przedstawienie do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niecelowych świadczeń, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu Zamówienia należności do kwoty, za którą odpowiedzialność ponosi Przyjmujący Zamówienie.

4. Udzielający Zamówienia zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

§ 6

Czas trwania Umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **dla Zadania nr 1 od 03.07.2024r. do 30.06.2025r./dla Zadania nr 2 od 29.07.2024r. do 30.06.2025r.** (*niewłaściwe skreślić*) 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.

§ 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;
 - i) Przyjmujący Zamówienie zgodnie z § 2 ust. 18 nie przedstawi dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta w przeciągu 3 miesięcy od daty zawarcia Umowy.
 - j) Przyjmujący Zamówienie, który nie posiada obywatelstwa polskiego, nie przedstawi dokumentu uprawniającego cudzoziemca do wykonywania legalnej pracy na terenie Polski, niezwłocznie po wezwaniu do jego przedstawienia przez Udzielającego Zamówienie.
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

KO/CZD/44/24

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:

- a) przestrzegania przepisów oraz wewnętrznych procedur Udzielającego Zamówienie 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 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 spółek partnerskich, podmiotów leczniczych i osób prawnych.

§ 10

Postanowienia końcowe

1. 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.

2. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część.

3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia;

Załącznik nr 2: Formularz cenowy

Załącznik nr 3: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 4: Oświadczenie o poufności

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

Załącznik nr 6: Oświadczenie o zapoznaniu się z regulaminem monitorowania obecności zleceniobiorców

.....
Przyjmujący Zamówienie

.....
Udzielający Zamówienia

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)

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 z zakresu ochrony radiologicznej

Nazwa: INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

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

FORMULARZ OFERTOWY DLA ZADANIA NR 1 I DLA ZADANIA NR 2**Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:**

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

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (2 osoby).

- Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
- 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, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
- Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
- Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
- Oświadczam, że posiadam **wykształcenie wyższe**.
- Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
- Oświadczam, że posiadam wpis do centralnego rejestru farmaceutów zarejestrowanych na terenie RP – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
- Oświadczam, że przed zawarciem Umowy zobowiązuje się zapoznać ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” –dotyczy osób mających po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.
- Oświadczam, że składam ofertę na (należy wskazać numer zadania poprzez postawienie znaku X):**

Zadanie nr 1 Zadanie nr 2

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć "x")	
		TAK	NIE
1	Prawo wykonywania zawodu farmaceuty		
2	Dyplom ukończenia studiów		
3	Dokument fakultatywny (nieobowiązkowy) dla zadania nr 1 : kursy z zakresu wykonywania leków recepturowych		
4	Dokument fakultatywny (nieobowiązkowy) dla zadania nr 2 : kursy z zakresu wykonywania leków jałowych		
5	Formularz ofertowy dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr2 (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
6	Formularz cenowy dla Zadania nr 1 (załącznik nr 4a do Ogłoszenia)		
7	Formularz cenowy dla Zadania nr 2 (załącznik nr 4b do Ogłoszenia)		
8	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą		
9	Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców		
10	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej)		
11	Aktualna polisa OC		

..... Podpis Oferenta

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

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

PRZYJMĄCY ZAMÓWIENIE:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

Adres Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**Formularz cenowy dla Zadania nr 1****Kryterium a) Cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

..... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń w zakresie usług farmaceutycznych

Słownie: zł brutto

Kryterium b) jakość¹ – dotyczy wszystkich oferentów- Oświadczenie, o posiadaniu doświadczenia zawodowego w wykonywaniu leków recepturowych: **(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku x):**

A.	Oświadczam, że nie posiadam doświadczenia w wykonywaniu leków recepturowych	<input type="checkbox"/>
B.	Oświadczam, że posiadam od 1 do 3 lat doświadczenia w wykonywaniu leków recepturowych	<input type="checkbox"/>
C.	Oświadczam, że posiadam więcej niż 3 lata doświadczenia w wykonywaniu leków recepturowych	<input type="checkbox"/>

¹Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie.

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

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

Kryterium c) Kompleksowość^{2 3} – dotyczy wszystkich Oferentów- Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu wykonywania leków recepturowych (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

A.	Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/>
B.	Przedstawiam dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/>

² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakości.

³ W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakości.

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

Instytut "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 – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**Formularz cenowy dla Zadania nr 2****Kryterium a) Cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

A. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń w zakresie usług farmaceutycznych

Słownie: zł brutto

B. zł brutto za godzinę dyżuru w Aptece Szpitalnej

Słownie: zł brutto

Kryterium b) jakość¹ – dotyczy wszystkich oferentów- Oświadczenie, o posiadaniu doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków cytotoksycznych: **(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku x):**

A.	Oświadczam, że nie posiadam doświadczenia w wykonywaniu leków cytotoksycznych	<input type="checkbox"/>
B.	Oświadczam, że posiadam od 1 do 3 lat doświadczenia w wykonywaniu leków cytotoksycznych	<input type="checkbox"/>
C.	Oświadczam, że posiadam więcej niż 3 lata doświadczenia w wykonywaniu leków cytotoksycznych	<input type="checkbox"/>

¹Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie.

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

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

Kryterium c) Kompleksowość^{2 3} – dotyczy wszystkich Oferentów- Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu wykonywania leków jałowych (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

A.	Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/>
B.	Przedstawiam dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/>

² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.

³ W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

5a

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych działalności gospodarczych

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

.....
Imię i nazwisko⁵

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

* nie zamieszkiwałam/-em

* zamieszkiwałam/-em w następujących państwach

w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i podpis)

*Niepotrzebne skreślić

Pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi. Jeżeli prawo państwa zamieszkiwania nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja z rejestrów karnych, nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem, że nie była prawomocnie skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścić się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Podstawa prawna: art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

⁵ dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem

Oświadczenie⁶

Ja niżej podpisany/a
zamieszkały/a.....
legitymujący/a się dokumentem tożsamości nr
wydanym przez
numer PESEL

Oświadczam, że:

- prawo w państwie obywatelstwa(wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego;
- prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am (wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego.

Oświadczam, że:

- nie byłem/am prawomocnie skazany/a w żadnym z wyżej wymienionych państw, za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/am się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i podpis)

⁶ dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem