

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 lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"

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 ofert na podstawie ustawy o działalności leczniczej

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

Agata Stelmaska, tel.: +48 22 815-11-18, e-mail: a.stelmaska@ipczd.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".

KOD CPV: 85121100- 4 Ogólne usługi lekarskie

3. Udzielający Zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.

4. Termin wykonania zamówienia: od 01.08.2024r. do 31.07.2025r.

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. 5.1.2, pkt. 5.1.3. oraz 5.1.4)

2. Prawo wykonywania zawodu lekarza;

3. Dokument potwierdzający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii (po 2 roku szkolenia specjalizacyjnego);

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

5. Warunek fakultatywny (nieobowiązkowy): udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

6. 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**; ¹

7. 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; ^{2,3}

8. 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;

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

¹ Nie dotyczy Oferentów, którzy ubiegają się o kontynuację współpracy **bez przerwy zatrudnienia** w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"

² 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**.

³ 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**.

5.1. Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełniania 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 prawa wykonywania zawodu lekarza;
2. Dokument potwierdzający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii (po 2 roku szkolenia specjalizacyjnego);
3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii - do potwierdzenia w formularzu cenowym;
5. 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**;
6. 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;
7. 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;
8. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.

5.1.2. W przypadku osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie)

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;
2. Dokument potwierdzający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii (po 2 roku szkolenia specjalizacyjnego);
3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii - do potwierdzenia w formularzu cenowym;
5. 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**;
6. 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;
7. 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;
8. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców.
9. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
10. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące. 1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne
 - Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:
 - 93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
 - 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
 - 98 – indywidualna praktyka lekarza lub
 - 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza;

KO/CZD/50/24

11. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych: -75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza wykonującego działalność leczniczą.

5.1.3. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie):

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby, wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
2. Dokument potwierdzający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii (po 2 roku szkolenia specjalizacyjnego) osoby, wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
3. Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia brała udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii – do potwierdzenia w załączniku nr 4.1;
5. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
6. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń objętych zamówieniem – dotyczy cudzoziemców.
7. Dokument potwierdzający, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada 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, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada 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 posiadanych obywatelstwach osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia – 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. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

- w Rubryce 15. Rodzaj działalności leczniczej

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

- 97 – grupowa praktyka lekarska;

14. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych: -75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;

5.1.4. W przypadku podmiotów leczniczych:

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby, wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
2. Dokument potwierdzający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii (po 2 roku szkolenia specjalizacyjnego) osoby, wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;

KO/CZD/50/24

3. Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia brała udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii – do potwierdzenia w załączniku nr 4.1;
5. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
6. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń objętych zamówieniem – dotyczy cudzoziemców.
7. Dokument potwierdzający, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada 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, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada 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 posiadanych obywatelstwach osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia – 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 lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy;
11. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej:

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

Rubryka 26. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;

W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

01- HC.1.1 Leczenie stacjonarne

01 Anestezjologia i Intensywna Terapija

12. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych: 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust.1 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej, wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8, pkt. 1, lit. a ustawy;

UWAGA. Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełniania 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
3. Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy wraz z określeniem kryteriów- zał. nr 4.1. do Ogłoszenia - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych
4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia : 5a: dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich lub 5b: dotyczy podmiotów

KO/CZD/50/24

lecniczych

5. Oświadczenie o zamieszkiwaniu - zał. nr 6 do Ogłoszenia;

6. 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 składanie ofert.

4. Osoby uprawnione do porozumiewania się z Oferentami:

Agata Stelmaska – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń,

Tel.: +48 22 815-11-18, e-mail: a.stelmaska@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 nieprzejrystym, zamkniętym opakowaniu do dnia**25.07.**..... 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 przez lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"– nr sprawy KO/CZD/50/24

Nie otwierać koperty przed**25.07.**..... 2024r. przed godziną 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**25.07.**..... 2024r. o godz. 11:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.

6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia**31.07.**..... 2024r. 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 punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	95 punktów	Najniższa zaoferowana cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (max 95 pkt.) Liczba punktów, jaką można uzyskać w tym kryterium zostanie obliczona zgodnie ze wzorem: $\text{liczba punktów} = \frac{\text{najniższa cena oferty}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt.} \times 0,95$
2.	Jakość ¹	5 punktów	Punkty będą przyznane, jeżeli Oferent oświadczy, że uczestniczył w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii, sposób punktowania (max 5 pkt.): a. Potwierdzam uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii – max 5 pkt. b. Brak udziału w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii – 0 pkt.

¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

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) jeżeli zaoferowana cena za godzinę udzielania świadczenia oferty przekroczy maksymalną kwotę jaką Udzielający Zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia.
- b) złożoną przez Oferenta po terminie
- c) zawierającą nieprawdziwe informacje;
- d) jeżeli Oferent nie wypełnił informacji o cenie za świadczenie zgodnie z formularzem cenowym będącym załącznikiem nr 4 do Ogłoszenia;
- e) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
- f) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
- g) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
- h) 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, wydruk z KRS), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienia są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienie 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:

KO/CZD/50/24

- 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 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 (zał. nr 3)
- 4) Formularz cenowy (zał. nr 4)
- 5) Wykaz personelu (zał. 4.1.) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych
- 6) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5)- **5a:** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich lub **5b:** dotyczy podmiotów leczniczych
- 7) Oświadczenie o zamieszkiwaniu w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa (zał. nr 6)
- 8) Oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/ zamieszkiwania (zał. nr 7)

.....
podpis Udzielającego Zamówienia

Szczegółowy Zakres Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" .

Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych będą :

1. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
2. Blok Operacyjny
3. Inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD

Termin wykonania zamówienia:

1. od daty zawarcia do 31.01.2025r,

Liczba osób wykonujących zamówienie:

1. 1 osoba

Miesięczny wymiar czasu pracy wynosi :

1. 90-180 godzin

Zakres zadań w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres posiadanej specjalizacji zgodnie z aktualną wiedzą i zasadami postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz zapisami umowy z NFZ i innymi płatnikami.
2. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w Oddziałach Intensywnej Terapii.
3. Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w IPCZD.
4. Wykonywanie świadczeń przy zachowaniu i poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach umowy świadczeniami zdrowotnymi.
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.
6. Badanie podmiotowe i przedmiotowe w trakcie wizyty przedoperacyjnej i kwalifikacja anestezjologiczna pacjenta do znieczuleń oraz znieczulenie do operacji i opieka okołoperacyjna pacjenta w wieku od 1 dnia życia do 18 roku życia oraz dla pacjentów kontynuujących leczenie.
7. Nadzorowanie i kontrolowanie wykonywania pracy lekarzy nie posiadających tytułu specjalisty zgodnie z obowiązującymi wytycznymi w zakresie szkolenia lekarzy rezydentów i stażystów.
8. Raportowanie zdarzeń niepożądanych
9. Udział w szkoleniach i konferencjach na podstawie skierowania przez Udzielającego Zamówienia.
10. Pełną odpowiedzialność za szkody powstałe w skutek niewykonania lub nienależnego wykonania świadczeń lekarskich.
11. Monitorowanie natężenia bólu u pacjentów wybranych spośród wszystkich hospitalizowanych na terenie IPCZD;
12. Ocena jakości i skuteczności leczenia bólu oraz rejestracja objawów niepożądanych związanych z leczeniem przeciwbólowym;
13. Wykonywanie świadczeń w zakresie leczenia bólu ostrego;
14. Współpraca z lekarzem prowadzącym pacjenta w celu modyfikacji leczenia przeciwbólowego;

KO/CZD/50/24

15. Udział w opracowywaniu standardów leczenia bólu w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” i ocena ich realnej przydatności klinicznej w celu wprowadzenia zmian poprawiających jakość postępowania przeciwbólowego;

16. Okresowa ocena przestrzegania standardów obowiązujących w Instytucie „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”;

17. Udział w organizowaniu i przeprowadzaniu szkoleń personelu lekarskiego i pielęgniarskiego IPCZD w zakresie bezpieczeństwa znieczulenia, postępowania w stanach zagrożenia życia i leczenia bólu.

18. Transport medyczny wewnątrz- i między szpitalny pacjentów w stanie zagrożenia życia.

Zakres zadań na terenie Bloku Operacyjnego, a także w innych punktach znieczuleń:

1. Znieczulanie pacjentów na Bloku Operacyjnym, Bloku Ośrodka Chirurgii Ambulatoryjnej, w pracowniach diagnostycznych Zakładu Diagnostyki Obrazowej (Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego), Interwencji Sercowo-Naczyniowych, Zakładu Medycyny Nuklearnej, pracowniach diagnostycznych poradni specjalistycznych (Diagnostyki Gastroenterologicznej, Echokardiografii , Okulistycznej, Stomatologicznej).
2. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w trakcie znieczulenia i w Sali Wybudzeń.
3. Znieczulenia i opiekę okołoperacyjną nad pacjentami.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.

ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY**§ 1****Przedmiot Umowy**

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń lekarza w dziedzinie anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".
2. Szczegółowy przedmiot zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

§ 2**Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienia do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania i zatwierdzania *Harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych*, zwanego dalej „*harmonogramem*”, jest Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii bądź osoba go zastępująca.
2. *Harmonogram* będzie ustalany z 1- miesięcznym wyprzedzeniem do 20 dnia kolejnego miesiąca. *harmonogram* może być w części zmieniony przez Udzielającego Zamówienia 7 dni przed dniem wystąpienia zmiany. Przyjmujący Zamówienie może zgłosić potrzebę zmiany *harmonogramu* z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem. Zmiany w *harmonogramie* wymagają akceptacji i zatwierdzenia osób wskazanych w ust. 1.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczenia zdrowotne zgodnie z *harmonogramem*.
4. Typowy wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych wynosi:
 - a. 7 godzin 35 min- w godzinach 08:00-15:35 w dni od poniedziałku do piątku;
 - b. 16 godzin 25 min- w godzinach 15:35-08:00 w trybie dyżurowym;
 - c. 11 godzin- w godzinach 08:00-19:00 w tym po 15:35 w trybie dyżurowym;
 - d. 24 godziny- w godzinach 08:00-08:00 w trybie dyżurowym w weekendy i dni świąteczne;

W szczególnych wypadkach wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych może zostać uzgodniony pomiędzy Stronami.

5. Niedopuszczalna jest praca ciągła w wymiarze przekraczającym 24 godziny.
6. Liczba godzin przeznaczona na wykonywanie przedmiotu umowy wynosi minimum 90 godzin miesięcznie.
7. Udzielający Zamówienia może dokonać zmiany *harmonogramu* w dzień poprzedzający wykonywanie świadczeń, za zgodą Przyjmującego Zamówienie.
8. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z *harmonogramem*, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienia, 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 mniejszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
9. Postanowienia ust. 2 nie wykluczają możliwości udzielania świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego *harmonogramu*, w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron niniejszej umowy.
10. Przyjmujący Zamówienie uprawniony jest do przerwy w wykonywaniu świadczeń nie przekraczającej łącznie 30 dni kalendarzowych, bez prawa do wynagrodzenia. Przerwa w świadczeniu usług powinna być zaplanowana tak, aby nie powodowała zakłóceń w funkcjonowaniu Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zaplanowana przerwa powinna zostać zgłoszona na piśmie z minimum 30-dniowym wyprzedzeniem i uzgodniona z Kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub osobą go zastępującą.
11. Przyjmujący Zamówienie nie może w terminach i w czasie wynikającym z *harmonogramu* udzielać świadczeń zdrowotnych na rzecz innych podmiotów.
12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do punktualnego stawiania się w miejscu wykonywania świadczeń zdrowotnych i pozostawania w nim do czasu ich zakończenia, zgodnie z ustalonym *harmonogramem*.
13. Przyjmujący Zamówienie podlega systemowi monitorowania obecności na zasadach określonych w regulaminie monitorowania obecności zleceniobiorców, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Instytutu w sprawie

wprowadzenia *Regulaminu monitorowania obecności zleceniobiorców w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”*. Oświadczenie o zapoznaniu się z regulaminem monitorowania obecności zleceniobiorców stanowi załącznik nr 7 do umowy.

§3 Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr wydane przez z dnia i odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz oświadcza, że nie ma ograniczonego ani zawieszzonego prawa wykonywania zawodu.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne umiejętności zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych umową.
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 Zamówienia, 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 Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii 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;
 - 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 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

KO/CZD/50/24

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".

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 postępowania się wizytówkami identyfikacyjnymi przez pracowników Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” oraz inne osoby pracujące lub czasowo przebywające na terenie Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"

§ 4

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

KO/CZD/50/24

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

§ 5

Należność za realizację zamówienia

1. Strony postanawiają, że za wykonane świadczenia Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie zgodnie ze złożoną ofertą:

..... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

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

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy Udzielający Zamówienia wypłacać będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku.

3. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2, będą wystawiane i dostarczone do 5 dnia każdego miesiąca na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienia sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych stanowiących suplement do faktury lub rachunku. Wzór suplementu został określony i stanowi załącznik nr 5 do Umowy.

4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu lub jego braku, wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki za opóźnienie w płatnościach.

5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do sporządzania i przekazywania Udzielającemu zamówienia zestawienia godzin pracy, będącego załącznikiem do faktury. W miesięcznym zestawieniu zrealizowanych świadczeń należy wykazać wyłącznie czas poświęcony na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem Umowy.

6. Za datę dostarczenia faktury Udzielającemu Zamówienia uznaje się datę przyjęcia faktury potwierdzonej przez Dział Księgowości Udzielającego Zamówienia.

7. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienia, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.

8. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostaną potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, oraz inne potrącenia wymagane przepisami, 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.

9. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie, o którym mowa w ust. 1, jest rozumiane jako całościowy koszt, jaki Udzielający Zamówienia 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.

KO/CZD/50/24

10. Punkty 8 i 9 niniejszego paragrafu nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą.

11. 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.

12. 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.

§ 6

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 Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii 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 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.

§ 7

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od 01.08.2024r. do 31.07.2025r.** lub do wyczerpania kwoty, o której mowa w §5 ust. 1- łączna wartość umowy.

2. Umowa wygasa samoistnie z chwilą zaistnienia jednej z okoliczności, o których mowa w ust. 1.

§ 8

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może zostać rozwiązana w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 2-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego lub na mocy porozumienia stron.
2. Udzielający Zamówienia może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym z ważnych powodów, w szczególności 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 § 9 ;
 - 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 Zamówienia w terminie 7 dni od wezwania;
 - h) Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienia nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje związane z realizacją niniejszej Umowy.
 - i) Przyjmujący Zamówienie zgodnie z § 3 ust. 14 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 Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni po wygaśnięciu Umowy przekazać Udzielającemu Zamówienia 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.

§ 9

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 Zamówienia;
 - b) rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia.

§ 10

Ochrona danych osobowych

1. W trakcie wykonywania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:
 - 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 Zamówienia upoważnieniem i jedynie w granicach tego upoważnienia;
 - c) zachowania poufności wszelkich informacji dotyczących danych osobowych pacjentów

KO/CZD/50/24

i pracowników Udzielającego Zamówienia, sposobu przetwarzania i ochrony tych danych;

d) podpisania oświadczenia o poufności stanowiącego załącznik nr 4 do niniejszej umowy.

2. Powyższe postanowienia dotyczą zarówno osób fizycznych, osób prowadzących jednoosobową praktykę lekarską oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich i osób prawnych.

§ 11

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 Zamówienia.

2. Załączniki do Umowy stanowią jej integralną część.

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

.....
miejsowość, data

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(stanowisko)

.....
(nazwa komórki organizacyjnej)

OŚWIADCZENIE o poufności

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

- dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną praktykę lekarską

**OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM
MONITOROWANIA OBECNOŚCI ZLECENIOBIORCÓW**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem monitorowania obecności zleceniobiorców Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

.....

(data i podpis)

KO/CZD/50/24

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

Nazwa: INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

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

FORMULARZ OFERTOWY

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	Serianumer..... wydany przez.....	
PESEL		
Nazwisko rodowe		
Imiona rodziców		
adres email		
telefon		

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".

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, 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 ja/osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę/nie będzie pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne**.
6. Oświadczam, że 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. 5.4. Ogłoszenia.
7. 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.

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza		
2	Dokument potwierdzający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii (po 2 roku szkolenia specjalizacyjnego)		
3	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
4	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
5	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich		
6	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych		
7	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy)		
8	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)		
9	Aktualna polisa OC		
10	Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – <i>dotyczy cudzoziemców</i>		
11	Inne- wymienić jakie		

.....(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 przez lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".**Formularz cenowy****Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

Wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zł brutto

Słownie:zł brutto/ godz.

Kryterium b): Jakość¹ – dotyczy wszystkich OferentówOświadczenie, o uczestnictwie w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii:
(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku x): Potwierdzam uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii Brak udziału w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

....., dnia

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

Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych

	Oferent
	Imię i nazwisko Osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia
1.	

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem 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

5b

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/ty się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis

.....
Imię i nazwisko ⁴

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 dopuścił 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.

⁴ dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem

Oświadczenie⁵

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)

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