KO/CZD/114/24

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 specjalistę w zakresie endokrynologii 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 poza ust. PZP – 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 specjalistę w zakresie endokrynologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".
   KOD CPV: 85121100-4 – Ogólne usługi lekarskie
3. **Udzielający Zamówienie nie dopuszcza składania ofert częściowych.**
4. **Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia umowy do 31.12.2026r.**
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 posiadanie:
      - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
      - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
      - specjalizacji w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
      - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej po ukończeniu pierwszego roku modułu specjalistycznego i/lub
      - specjalizacji I lub II stopnia lub socjalizacji w dziedzinie pediatrii – po ukończeniu pierwszego roku programu specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
      - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii lub specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz :
        a) specjalizacji I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii (dotyczy porad dla dziewcząt) lub
        b) specjalizacji I stopnia w dziedzinie pediatrii lub specjalizacji w dziedzinie pediatrii – posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w oddziale lub w poradni zgodnej z profilem świadczenia gwarantowanego
   4. Aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych- do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
   5. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego;
   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

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 posiadanie:
   - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
   - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
   - specjalizacji w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
   - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej po ukończeniu pierwszego roku modułu specjalistycznego i/lub
   - specjalizacji I lub II stopnia lub socjalizacji w dziedzinie pediatrii – po ukończeniu pierwszego roku programu specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
   - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii lub specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz :

     a) specjalizacji I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii (dotyczy porad dla dziewcząt) lub

     b) specjalizacji I stopnia w dziedzinie pediatrii lub specjalizacji w dziedzinie pediatrii – posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w oddziale lub w poradni zgodnej z profilem świadczenia gwarantowanego
3. Oświadczanie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego;
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.

---

[1] Nie dotyczy Oferentów, którzy ubiegają się o kontynuację współpracy **bez przerwy zatrudnienia** w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka". W formularzu pn. „Zapytanie o udzielnie informacji o osobie", w pkt. 11 konieczne jest wskazanie postępowania, w związku z którym zachodzi potrzeba uzyskania informacji o osobie, należy wpisać: Dopuszczenie do działalności związanej z wykonywaniem 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.

[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.**

5.1.2. W przypadku osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie):

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;
2. Dokument potwierdzający posiadanie:
   - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
   - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
   - specjalizacji w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
   - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej po ukończeniu pierwszego roku modułu specjalistycznego i/lub
   - specjalizacji I lub II stopnia lub socjalizacji w dziedzinie pediatrii – po ukończeniu pierwszego roku programu specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
   - specjalizacji w dziedzinie endokrynologii lub specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz :

     a) specjalizacji I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii (dotyczy porad dla dziewcząt) lub

     b) specjalizacji I stopnia w dziedzinie pediatrii lub specjalizacji w dziedzinie pediatrii – posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w oddziale lub w poradni zgodnej z profilem świadczenia gwarantowanego
3. Oświadczanie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego;
5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
6. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub

98 – indywidualna praktyka lekarska w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej;

oraz

1 - Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - szpitalne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub

98 – indywidualna praktyka lekarska w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej;

7. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej 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.;
8. 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;**

9. 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;

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.

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy;

2. Dokument osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy potwierdzający posiadanie:

- specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
- specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
- specjalizacji w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
- specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej po ukończeniu pierwszego roku modułu specjalistycznego i/lub
- specjalizacji I lub II stopnia lub socjalizacji w dziedzinie pediatrii – po ukończeniu pierwszego roku programu specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
- specjalizacji w dziedzinie endokrynologii lub specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz :

  a) specjalizacji I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii (dotyczy porad dla dziewcząt) lub

  b) specjalizacji I stopnia w dziedzinie pediatrii lub specjalizacji w dziedzinie pediatrii – posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w oddziale lub w poradni zgodnej z profilem świadczenia gwarantowanego

3. Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy, posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny): dokument potwierdzający, że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy posiada doświadczenie w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego

5. W załączniku nr 4.1 do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby która będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem zamówienia.

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

7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

- 97 – grupowa praktyka lekarska;

oraz

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

1 - Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - szpitalne;

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

- 97 – grupowa praktyka lekarska;

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

9. 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;**

10. 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;

11. 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;

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

5.1.4. W przypadku podmiotów leczniczych

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy;

2. Dokument osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy potwierdzający posiadanie:

- specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
- specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
- specjalizacji w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub
- specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej po ukończeniu pierwszego roku modułu specjalistycznego i/lub
- specjalizacji I lub II stopnia lub socjalizacji w dziedzinie pediatrii – po ukończeniu pierwszego roku programu specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub
- specjalizacji w dziedzinie endokrynologii lub specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz :

  a) specjalizacji I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii (dotyczy porad dla dziewcząt) lub

  b) specjalizacji I stopnia w dziedzinie pediatrii lub specjalizacji w dziedzinie pediatrii – posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w oddziale lub w poradni zgodnej z profilem świadczenia gwarantowanego

3. Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy, posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny): dokument potwierdzający, że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy posiada doświadczenie w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego;

5. W załączniku nr 4.1 do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby która będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem zamówienia.

6. Wydruk z rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy;

7. 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:

- Rubryka 26. Rodzaj działalności leczniczej:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

Oraz

- Rubryka 26. Rodzaj działalności leczniczej:

1 - Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - szpitalne;

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

9. 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;**

10. 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;
11. 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;
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 – zał. nr 3 do Ogłoszenia
2. formularz cenowy– zał. nr 4 do Ogłoszenia
3. wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - zał. nr 4.1 do Ogłoszenia - dotyczy grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych
4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia : **5a:** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich **5b:** dotyczy podmiotów leczniczych
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:

Agata Stelmaska – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń,
Tel.: +48 22 815-11-18, e-mail: a.stelaska@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 nieprzejrzystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **……..2025r. 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 specjalistę w zakresie endokrynologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – *nr sprawy KO/CZD/114/24”*

***Nie należy otwierać do dnia* ……..……..2025r.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 składnia ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Instytutu.
4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi ……2025r., o godz. 11:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia ……2025r. Z zastrzeżeniem możliwości przedłużenia terminu przez Udzielającego Zamówienie z powodów proceduralnych.

10. Kryteria wyboru oferty i sposób oceny

1. Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował kryteriami**.** Razem max do uzyskania 100 punktów. Za najkorzystniejszą ofertę uznana będzie oferta z największą liczbą punktów.
2. Udzielający zamówienia może dokonać wyboru większej liczby ofert, do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.
3. Przy wyborze oferty Komisja Konkursowa kierować się będzie następującymi kryteriami:
   a) Cena – max 90 pkt.
   b) Jakość - max 10 pkt.

Razem do uzyskania max. 100 punktów

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	90 punktów	A) Jedna godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,35 B) Udzielanie świadczeń w poradni Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,35 C) udzielanie konsultacji wewnątrzszpitalnych Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,20 Suma uzyskanych punktów w ppkt. A-C wynosi 90 pkt.
2.	Jakość [1]	10punktów	Udzielający zamówienia przyzna 10 punktów za oświadczenie Oferenta o posiadaniu minimum 5 lat doświadczenia w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego. W przypadku braku doświadczenia zawodowego, Udzielający zamówienia przyzna 0 punktów.

[1] *Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenia w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego.*
W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Jakość.

4. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów, za wszystkie ocenione łącznie kryteria.

5. Świadczenia zdrowotne udzielane będą zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie.

6. Rozliczenia między Udzielającym Zamówienia, a Przyjmującym Zamówienie odbywać się będą w polskich złotych (PLN)

7.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, wydruk z KRS), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienie 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:

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.

15. Sygnaliści

1. W IPCZD obowiązuje procedura zgłoszeń wewnętrznych, zgodna z ustawą o ochronie sygnalistów. Zgłoszeń można dokonywać drogą mailową na adres zgloszeniesygnalisty@ipczd.pl, a także w formie pisemnej lub ustnej do Kierownika Działu Polityki Personalnej i Wynagrodzeń IPCZD.

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 i podmiotów leczniczych
6) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5) - **5a:** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowej praktyki lekarskiej**, 5b:** dotyczy wyłącznie 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)

Marek Migdał

Elektronicznie podpisany przez Marek Migdał
Data: 2024.12.31 11:53:16 +01'00'

.....

podpis Udzielającego Zamówienie

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie endokrynologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".

- Świadczenia będą udzielane w Oddziale Endokrynologii oraz Poradni Endokrynologicznej Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka",
- Świadczenia będą udzielane:
  - w Oddziale Endokrynologii 1 dzień w tygodniu (7 godzin) wg. ustalonego harmonogramu,
  - w Poradni Endokrynologicznej 1 lub 2 dni w tygodniu wg. ustalonego harmonogramu,

Obowiązki lekarza:

- ocena stanu zdrowia pacjenta lub ocena przebiegu leczenia,
- kierowanie na badania diagnostyczne wymagane do prawidłowego procesu leczenia, ocena dostępnych i zleconych wyników badań,
- planowanie i uzgadnianie postępowania terapeutycznego, stosownie do stanu zdrowia pacjenta,
- kierowanie na inne konsultacje specjalistyczne,
- prowadzenie dokumentacji medycznej,
- Koordynacja programów leczenia pacjentów,
- Udział w obchodach, konsultacjach i konsyliach lekarskich w celu ustalenia planów diagnostyczno-leczniczych,
- udzielanie konsultacji wewnątrzszpitalnych.

Czas trwania umowy

od daty zawarcia umowy do 31.12.2025r.

Świadczenia będą udzielane przez:

1 osobę

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 endokrynologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

§ 2
Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada...../że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr ……. wydane przez ..... dnia ..... i specjalizację z zakresu …… oraz oświadcza, iż nie ma ograniczonego ani zawieszonego prawa wykonywania zawodu.
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 udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa, jest Kierownika Kliniki Endokrynologii i Diabetologii bądź osoba go zastępująca.
6. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Kierownika Kliniki Endokrynologii i Diabetologii bądź osobę go zastępującą.
7. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w ust. 5, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienie, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić z krótszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
8. Udzielający Zamówienia nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron Umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych Harmonogramem.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:

a) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów, do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi usługami medycznymi w ramach niniejszej umowy;
b) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
c) Współpracować z lekarzami oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienie;
d) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienie każdy konflikt interesów i każdy inny fakt przeszkadzający, utrudniający lub uniemożliwiający należyte wykonywanie postanowień Umowy. Osobą wyznaczoną do kontaktu jest pracownik Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń;
e) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie

lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;

f) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, a także przepisów porządkowych, a także ochrony radiologicznej *(jeśli dotyczy)* obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów jest Kierownika Kliniki Endokrynologii i Diabetologii bądź osoba go zastępująca;

g) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji, serwisach internetowych i mediach społecznościowych, dotyczących przedmiotowo wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie;

h) Wystawiać świadczeniobiorcom zwolnienia lekarskie oraz inne druki i zaświadczenia przewidziane w zakresie kompetencji świadczeniodawcy w ramach realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

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 Zamówienie. 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 Szkolenia w dziedzinie Ochrony Radiologicznej Pacjenta *(jeśli dotyczy)*

10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną w tym Elektroniczną Dokumentację Medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz sprawozdawczość statystyczną według zasad obowiązujących w podmiotach leczniczych, a w szczególności według zasad ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, korzystając z narzędzi udostępnionych przez Udzielającego Zamówienie.
11. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
12. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które nie są pacjentami Udzielającego Zamówienia.
13. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
14. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :

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

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

c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania Umowy, umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej pod rygorem rozwiązania Umowy, zgodnie z § 7 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 Zamówienie 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"

15. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
16. 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 Zamówienie albo za jego zgodą.

17. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do:
a) Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie;
b) Udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie sprzętu i aparatury medycznej oraz zapewnienia materiałów medycznych niezbędnych do wykonywania Zamówienia;
a) Zorganizowania obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami.
18. 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".
19. 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”.

§ 3

Kontrola realizacji zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli, wykonywanej przez Udzielającego Zamówienie, 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) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
b) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
c) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
d) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
e) realizacji zaleceń pokontrolnych;
f) czasu pracy – w oparciu o system monitorowania obecności.

§ 4

Należność za realizację zamówienia

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości:
   1. **…… zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale Endokrynologii**
   2. **…… zł brutto za świadczenie W01**
   3. **…… zł brutto za świadczenie W02**
   4. **…… zł brutto za świadczenie W11**
   5. **…… zł brutto za świadczenie W12**
   6. **…… zł brutto za świadczenie W13**
   7. **…… zł brutto za świadczenie W14**
   8. **…… zł brutto za świadczenie W40**
   9. **…… zł brutto za świadczenie W41**
   10. **…… zł brutto za świadczenie W42**
   11. **…… zł brutto za świadczenie W43**
   12. **…… zł brutto za przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonywaniem programu**
   13. **…… zł brutto za udzielanie konsultacji wewnątrzszpitalnej**

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

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy 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 potwierdzoną 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 dotyczą osób nie prowadzących działalności gospodarczej.
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. 10, 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 Zamówienie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Do dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 10 stosuje się zasady określone w ust. 5-9.

§ 5

Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:

a) w sytuacji nie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości podwójnej stawki godzinowej za każdą godzinę nieobecności na podstawie zatwierdzonego harmonogramu przez Strony
b) w przypadku udaremnienia lub utrudnienia kontroli, audytów wewnętrznych lub wizytacji akredytacyjnych w wysokości 1000 zł (tysiąc 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 Endokrynologii i Diabetologii lub Zastępcę Dyrektora ds. Klinicznych zdarzenie;
d) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 Umowy w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie.
e) Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w §2 ust. 10 w wysokości 500,00 zł (pięćset złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie;

f) w przypadku niezwrócenia Inspektorowi Ochrony Radiologicznej Udzielającego Zamówienia w okresie 1 miesiąca od daty zakończenia obowiązywania umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100,00 zł (sto złotych) *(jeśli dotyczy).*

g) w przypadku zgubienia w czasie trwania umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100,00 zł (sto złotych) *(jeśli dotyczy).*

2. W przypadku zakwestionowania przez NFZ prawidłowości wystawienia recepty, w tym jej zasadności, celowości lub poziomu refundacji, 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 nie wykonanie 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 Zamówienie zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

§ 6

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od daty zawarcia umowy do 31.12.2026r.,** 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, 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 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 IPCZD dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych, a w szczególności Polityki bezpieczeństwa danych osobowych,
b) przetwarzania danych osobowych ściśle zgodnie z udzielonym przez Udzielającego Zamówienie upoważnieniem i jedynie w granicach tego upoważnienia,
c) zachowania poufności wszelkich informacji dotyczących danych osobowych pacjentów i pracowników Udzielającego Zamówienie, sposobu przetwarzania i ochrony tych danych,
d) podpisania oświadczenia o poufności stanowiącego zał. nr 4 do niniejszej umowy

2. Powyższe postanowienia dotyczą zarówno osób fizycznych, osób prowadzących jednoosobową praktykę lekarską oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich 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 sądowi właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
2. Załączniki do Umowy stanowić będą jej integralną część.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

Załączniki:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia
Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)
Załącznik nr 3: Formularz cenowy
Załącznik nr 4: Oświadczenie o poufności
Załącznik nr 5: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w IPCZD (jeśli dotyczy)
Załącznik nr 6: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się z Regulaminem monitorowania obecności zleceniobiorców

…… ……

Przyjmujący Zamówienie **Udzielający Zamówienia**

Załącznik nr 4 do Umowy

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

…….....

.....
(imię i nazwisko pracownika) miejscowość, data

……..
(stanowisko)

……..
(nazwa komórki organizacyjnej)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że znane mi są przepisy dotyczące ochrony danych osobowych:

   a) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
   b) Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
   c) „Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych" w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"
   d) „Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"

2. Zobowiązuję się do przestrzegania zarządzeń, instrukcji i procedur dotyczących ochrony danych osobowych obowiązujących w IPCZD oraz że nie będę bez pisemnego upoważnienia Administratora Danych przetwarzać danych osobowych w ramach zbiorów wykorzystywanych w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka".

3. Zobowiązuję się, że nie będę pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać ani udostępniać jakichkolwiek danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych dotyczących m.in. stanu zdrowia i kodu genetycznego, do których będę miał/miała dostęp, w innych celach niż związane z wykonywaniem obowiązków.

4. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane za naruszenie obowiązków pracowniczych w rozumieniu Kodeksu Pracy.

……
(podpis składającego oświadczenie)

Załącznik nr 5 do umowy

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 *(jeśli dotyczy)*

Załącznik nr 6 do umowy

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

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/łem się z zapisami *Regulaminu monitorowania obecności zleceniobiorców* oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

.....

(data i podpis)

KO/CZD/114/24

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		
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 przez lekarza specjalistę w zakresie endokrynologii 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, Ochrona danych osobowych* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam/że 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)*

* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

KO/CZD/114/24

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza		
2	Dokument potwierdzający posiadanie: • specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub • specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub • specjalizacji w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i/lub • specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej po ukończeniu pierwszego roku modułu specjalistycznego i/lub • specjalizacji I lub II stopnia lub socjalizacji w dziedzinie pediatrii – po ukończeniu pierwszego roku programu specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej i/lub • specjalizacji w dziedzinie endokrynologii lub specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz : a) specjalizacji I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii (dotyczy porad dla dziewcząt) lub b) specjalizacji I stopnia w dziedzinie pediatrii lub specjalizacji w dziedzinie pediatrii – posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w oddziale lub w poradni zgodnej z profilem świadczenia gwarantowanego		
3	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
4	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
5	Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1 do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych		
6	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz grupowych praktyk lekarskich		
7	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych		
8	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub wydruk z Rejestru KRS (Krajowego Rejestru Sądowego)		
9	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)		
10	Aktualna polisa OC		
11	Wydruk z KRS		
12	Informacja z KRK		
13	Inne- wymienić jakie ……		

..... *(Podpis Oferenta)*

Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

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 specjalistę w zakresie endokrynologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".

Formularz cenowy

Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów - *należy uzupełnić:*

A)

Lp.	Nazwa świadczenia	Oferowane wynagrodzenie za udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale endokrynologii
1	**Jedna godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale endokrynologii**	……zł brutto Słownie: ……zł brutto

B)

Lp.	Nazwa świadczenia	Maksymalna szacunkowa liczba świadczeń podczas trwania umowy	Oferowane wynagrodzenie za jedno świadczenie w poradni endokrynologicznej	Wartość zamówienia *(4=2x3)*
	1	2	3	4
1	**W01 Świadczenie pohospitalizacyjne**	24	……zł brutto	……zł brutto
2	**W02 Świadczenie receptowe**	24	……zł brutto	……zł brutto
3	**W11**	420	……zł brutto	……zł brutto
4	**W12**	300	……zł brutto	……zł brutto
5	**W13**	180	……zł brutto	……zł brutto
6	**W14**	24	……zł brutt	……zł brutto
7	**W40**	60	……zł brutto	……zł brutto
8	**W41**	60	……zł brutto	……zł brutto
9	**W42**	60	……zł brutto	……zł brutto
10	**W43**	24	……zł brutto	……zł brutto
11	**Przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonywaniem programu**	180	……zł brutto	……zł brutto

	Całkowita wartość oferty ***(suma kolumny 4)***	……..zł brutto Słownie: …… …… ……..zł brutto

C)

Lp.	Nazwa świadczenia	Oferowane wynagrodzenie za udzielanie konsultacji wewnątrzszpitalnej
1	**Udzielanie konsultacji wewnątrzszpitalnej**	……..zł brutto Słownie: ……zł brutto

Kryterium b) Jakość[1] **– dotyczy wszystkich Oferentów** - ***należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X:***

A.	Nie posiadam minimum 5 lat doświadczenia w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego	
B.	Posiadam minimum 5 lat doświadczenia w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego	

[1] *Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenia w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego.*
W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju płciowego, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Jakość.

Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym w zakresie Kryterium a) Cena) oraz w zakresie kryterium b) Dostępność, będzie skutkowała odrzuceniem Oferty

……., dnia …… …… (podpis Oferenta)

Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia

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

L.p.	Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem

…… *(podpis Oferenta)*

Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

5a- 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/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis ……..

Załącznik nr 6 do Ogłoszenia

……

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

Załącznik nr 7 do Ogłoszenia

Oświadczenie [5]

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