

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 w zakresie opieki pielęgniarskiej w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii I i II oraz na Oddziale Transplantacji Narządów na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" – 1 osoba – nr sprawy KO/CZD/15/26

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

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

Natalia Włochyńska, tel.: +48 22 815-11-18, e-mail: n.wlochyńska@ipczd.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii I i II oraz na Oddziale Transplantacji Narządów na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 1 osoba – nr sprawy KO/CZD/15/26

KOD CPV: 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki

3. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.**4. Termin wykonania zamówienia: Od 01.04.2026r. do 31.03.2027r.****5. Wykaz niezbędnych dokumentów oraz warunków uprawniających Oferentów do udziału w postępowaniu konkursowym:**

1. Oferent jest podmiotem wymienionym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia (dotyczy pkt. 5.1.1. i 5.1.2.)
2. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza;
3. Minimum 2 lata doświadczenia w pracy;
4. Ukończony kurs przetaczania krwi i środków krwiopochodnych lub oświadczenie dotyczące zobowiązania do ukończenia kursu przetaczania krwi i środków krwiopochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania umowy;
5. Ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii i/ lub specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
6. Aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;
7. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY): kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo pediatryczne i/lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych i/lub kurs specjalistyczny w zakresie RKO;
8. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - **nie starsza niż 6 miesięcy¹**;

¹ Nie dotyczy Oferentów, którzy ubiegają się o kontynuację współpracy bez przerwy zatrudnienia w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka". W formularzu pn. „Zapytanie o udzielenie 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.

9. Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat^{2,3}
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.
12. W przeciągu ostatnich 3 lat z Oferentem nie została rozwiązana umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

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 pielęgniarki/pielęgniarsza;
2. Oświadczenie Oferenta, że posiada minimum 1 rok doświadczenia w pracy – do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
3. Dokument potwierdzający ukończenie kursu przetaczania krwi i środków krwiopochodnych **lub** oświadczenie Oferenta dotyczące zobowiązania do ukończenia kursu przetaczania krwi i środków krwiopochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania umowy – załącznik nr 8 do Ogłoszenia;
4. Dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii i/ lub specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
5. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
6. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY): kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo pediatryczne i/ lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/ lub kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych i/ lub kurs specjalistyczny w zakresie RKO;
7. Dokument potwierdzający informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - **nie starszą niż 6 miesięcy;**
8. Dokument potwierdzający informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat;
9. Oświadczenie Oferenta, o zamieszkiwaniu w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia;
10. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców
11. Oświadczenie Oferenta, że w przeciągu ostatnich 3 lat nie została z Nim rozwiązana umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” – do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza;
2. Oświadczenie Oferenta, że posiada minimum 1 rok doświadczenia w pracy – do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
3. Dokument potwierdzający ukończenie kursu przetaczania krwi i środków krwiopochodnych **lub** oświadczenie Oferenta dotyczące zobowiązania do ukończenia kursu przetaczania krwi i środków krwiopochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania umowy – załącznik nr 8 do Ogłoszenia;
4. Dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki i/ lub specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki;

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. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
6. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY): kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo pediatryczne i/lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych i/lub kurs specjalistyczny w zakresie RKO;
7. Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców;
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 lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - **nie starszą 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. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
12. Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) 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 15. Rodzaj działalności leczniczej:
 - 1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne
 - Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:
 - 93 – indywidualna praktyka pielęgnarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
 - 94 – indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgnarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
 - 98 – indywidualna praktyka pielęgnarska lub
 - 99 – indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgnarska;
13. 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: - 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej.
14. Oświadczenie Oferenta, że w przeciągu ostatnich 3 lat nie została z Nim rozwiązana umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” – do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

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

6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

1. formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia- dotyczy wszystkich Oferentów;
2. formularz cenowy– zał. nr 4 do Ogłoszenia - dotyczy wszystkich Oferentów;
3. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia – dotyczy wszystkich Oferentów;
4. oświadczenie o zamieszkiwaniu w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa zał. nr 6 do Ogłoszenia;
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;
6. oświadczenie Oferenta dotyczące zobowiązania do ukończenia kursu przetaczania krwi i środków krwio pochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania umowy – zał. nr 8 do Ogłoszenia – dotyczy

Oferentów, którzy nie posiadają dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu przetaczania krwi i środków krwiopochodnych.

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:

Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń

Natalia Włochyńska tel.: +48 22 815-11-18, e-mail: n.wlochynska@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 odrzucenia. 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.

9. Miejsce i termin składania ofert.

1. Oferty należy składać w nieprzejrystym, zamkniętym opakowaniu do dnia24.03..... 2026r. 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 w zakresie opieki pielęgniarskiej w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii I i II oraz na Oddziale Transplantacji Narządów na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" – 1 osoba – nr sprawy KO/CZD/15/26

Nie otwierać koperty przed dniem24.03..... 2026r. do godziny 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.
4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi24.03..... 2026r. godz. 11.30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż31.03..... 2026r. 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 – max 90 punktów
 - b) Jakość – max 10 punktów

Razem max do uzyskania 100 punktów

	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	90 punktów	Liczba punktów w tym kryterium, będzie stanowił sumę punktów uzyskanych w kategoriach od A i B: A. oferowana cena za godzinę udzielania świadczeń pielęgnarskich - max. 60pkt. oferowana cena za godzinę gotowość do udzielania świadczeń medycznych z zakresu pielęgniarstwa - max. 30pkt.
2.	Jakość	10 punktów	Dodatkowe dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymienione w pkt. 5.7. Ogłoszenia ² : A. Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych - 0 punktów B. Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych - 10 punktów

¹W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.7 Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.

W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienione w punkcie 5.7 Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę 2 punktów.

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)

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 (CEIDG, RPWDL), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienia są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienia jeśli będzie to możliwe uzyska je samodzielnie z ogólnodostępnych baz danych.
4. Udzielający zamówienia unieważni postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
 - a) nie wpłynęła żadna oferta;
 - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;
 - c) odrzucono wszystkie oferty;
 - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;

e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

5. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Udzielający Zamówienia 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

1. W przypadku dwukrotnego niedochowania przez Przyjmującego Zamówienie terminu wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienie na zawarcie umowy, Udzielający Zamówienie nie ma obowiązku zawarcia umowy.

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

14. Środki ochrony prawnej przysługujące Przyjmującym Zamówienie

3. 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.

4. Środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienie, unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. 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.

6. 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.

7. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

8. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

9. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń (bud. G – I p.) oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.

10. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

11. 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.

12. 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 do Ogłoszenia:

- 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) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - (zał. nr 5) – dotyczy wszystkich Oferentów,
- 6) Oświadczenie o zamieszkiwaniu w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa (zał. nr 6)
- 7) Oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/ zamieszkiwania (zał. nr 7)
- 8) Oświadczenie Oferenta do ukończenia kursu przetaczania krwi i środków krwiopochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania umowy (zał. nr 8)

.....
podpis Udzielającego Zamówienia

Warunki udzielania świadczeń:

- Dni pracy – od poniedziałku do niedzieli (ze świętami włącznie; wg. harmonogramu),
- Miejsce wykonywania zamówienia: Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka":
 - **Zadanie 1: Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii OIT 1, OIT 2**
 - **Zadanie 2: Oddział Transplantacji Narządów**
- Termin realizacji zamówienia: od 01.04.2026 do 31.03.2027.
- Miesięczna liczba godzin pracy wynosi 0-300.

Zadanie1 - Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii OIT 1, OIT 2

1. Zakres zadań:

- Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych poszczególnych pacjentów na podstawie danych uzyskanych z obserwacji oraz informacji uzyskanych od innych członków zespołu terapeutycznego.
- Planowanie opieki pielęgnacyjnej stosownie do stanu zdrowia pacjenta, diagnozy pielęgniarstwa, lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego i leczniczo – pielęgnacyjnego
- Realizowanie opieki pielęgniarstwa według ustalonego planu i aktualnego stanu pacjenta oraz zleconego programu diagnostyczno – leczniczego a zwłaszcza:
 - sprawowanie rzetelnej opieki nad pacjentami w OTT - 2 IPCZD
 - ocena stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji)
 - realizacja rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych zgodnie posiadanymi kwalifikacjami, aktualną wiedzą, zasadami postępowania w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz zasadami umowy z NFZ,
 - przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w Klinice Anestezjologii
- Dbłość o sprawność techniczną aparatury medycznej, niezbędnej do udzielania świadczeń oraz narzędzi i sprzętu do wykonywania zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych.
- Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami i aktualną wiedzą.
- Wykonywanie powierzonych zadań zgodnie z kompetencjami, standardami opieki ustalonymi w zakładzie oraz zasadami etyki zawodowej.
- Zobowiązanie do systematycznego doskonalenia, uzupełniania i aktualizacji wiedzy zawodowej w terminie oraz zakresie finansowania ustalonym z Udzielającym zamówienia

2. Czynności:

- przyjęcie chorego do oddziału i ułatwienie adaptacji do środowiska szpitalnego
- wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny chorego
- wykonywanie działań na rzecz wspierania funkcji oddychania
- pomaganie pacjentowi w żywieniu i wydalaniu
- zapewnienie wygody i właściwej pozycji pacjenta np. stosowanie udogodnień, zmiana pozycji w łóżku, zabezpieczenie przed urazami w łóżku

- obserwacja chorego m.in. zabarwienie skóry, stanu ogólnego i psychicznego, reakcji na wykonywane zabiegi,
- wykonywanie czynności diagnostycznych: ważenie, mierzenie ciepłoty ciała, liczenie tętna, oddechów, mierzenie ciśnienia tętniczego krwi, pobieranie materiału biologicznego do badań (kał, krew, mocz, płwocina, żółć), prowadzenie dobowej zbiórki moczu, bilansu wodnego, wykonywanie prób uczuleniowych
- wykonywanie zabiegów leczniczych takich jak: kompresy, okłady, opatrunki, inhalacje, podawanie tlenu, leków drogą doustną, doodbytniczą, do oczu, uszu, nosa, wstrzyknięcia podskórne, domięśniowe, dożylnie, kroplówki
- udział pomoc lekarzom w wykonywaniu specjalistycznych badań diagnostycznych i terapeutycznych jak: punkcje, wziernikowania itp.
- udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośrednio zagrażających życiu chorego
- zapewnienie wsparcia psychicznego w sytuacjach trudnych
- dokumentowania przebiegu pielęgnowania, wykonanych zabiegów i wyników obserwacji oraz przekazywanie informacji ustalonymi kanałami

3. Zakres świadczeń

3.1. Po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego Przyjmującego zamówienie obowiązuje zakres świadczeń w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego zgodnie z kwalifikacjami, a w szczególności:

- obsługa aparatury i sprzętu stosowanego w Klinice Anestezjologii – OIT
- prowadzenie procesu pielęgnowania pacjenta przebywającego w OIT,
- uczestniczenie w badaniach diagnostycznych i interpretowanie ich wyników w kierunku rozpoznania zagrożeń życia,
- ocena stanu chorego z uwzględnieniem funkcji poszczególnych układów,
- rozpoznanie ryzyka powikłań i przeciwdziałanie ich skutkom,
- przestrzeganie dawek, sposobu podawania i przechowywania środków farmakologicznych stosowanych OIT,
- rozpoznanie działania ubocznego stosowanych środków farmakologicznych,
- sprawowanie opieki nad pacjentem w czasie przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych zgodnie z obowiązującymi zasadami,
- rozpoznanie nagłego zatrzymania krążenia (n.z.k.) i podjęcie akcji resuscytacyjnej w ramach swoich kompetencji,
- ustalanie priorytetów w opiece nad chorymi w OIT,
- przygotowanie pacjenta do procedur inwazyjnych i asystowanie przy ich wykonywaniu,
- postępowanie z poszkodowanym na miejscu wypadku,
- postępowanie zgodnie z wymogami sanitarno-epidemiologicznymi,
- przestrzeganie zasad bezpieczeństwa w OIT,
- komunikowanie się z zespołem terapeutycznym, pacjentem i osobami dla niego znaczącymi,
- wykazanie się odpowiedzialnością za jakość pracy zgodnie z obowiązującymi normami prawno-deontologicznymi.

3.2. A ponadto zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. – Przyjmującego zamówienie obowiązuje zakres świadczeń w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego realizowanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

- pielęgnacja skóry i błon śluzowych z zastosowaniem środków farmaceutycznych i materiałów medycznych
- organizacja izolacji chorych zakaźnie
- wykonywanie testów diagnostycznych dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu
- oznaczanie glikemii za pomocą gleukometru,
- wykonywanie pulsoksymetrii,
- wykonywanie pomiarów stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometrii, kapnometrii)
- wstępna ocena ciężkości urazów i organizacja bezpiecznego transportu chorego,
- dobór i wykorzystanie różnych technik karmienia u chorych, zakładanie zgłębnika do żołądka i obarczanie treści,
- wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,
- zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika, płukanie pęcherza moczowego,
- wykonywanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa, wlewka, kroplówka),
- doraźne podawanie tlenu, wykonywanie inhalacji,
- wykonywanie kaniulacji żył obwodowych,
- doraźna modyfikacja stałej dawki leczniczej insuliny krótkodziałającej,
- zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowanie chorego do transportu
- zlecenie transportu chorego,

3.3. Po ukończeniu kursu specjalistycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Przyjmującego zamówienie obowiązuje zakres świadczeń zgodnie z kwalifikacjami realizowanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego jak w pkt. 3.2 oraz:

- wykonywanie defibrylacji,

Zadanie 1a – zakres świadczeń:

- pozostawanie poza Instytutem w gotowości do udzielania świadczeń medycznych z zakresu pielęgniarstwa zgodnie z harmonogramem gotowości do pracy ustalonym dla **Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii OIT 1, OIT 2**
- w przypadku wezwania do Instytutu zastosowanie mają zapisy dotyczące zadania 1.

Zadanie 2 - Oddział Transplantacji Narządów – Dziecięce Centrum Transplantacji

Zakres świadczeń:

Do zadań ww. osoby będzie należała realizacja świadczeń zdrowotnych a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia, polegających na sprawowaniu wyspecjalizowanej, całodobowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentami w Oddziale Transplantacji Narządów – Dziecięcym Centrum Transplantacji. W szczególności:

- ✓ Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych poszczególnych u pacjentów na podstawie danych uzyskanych z obserwacji oraz informacji uzyskanych od innych członków zespołu terapeutycznego.
- ✓ Planowanie opieki pielęgniarstwa stosownie do stanu zdrowia pacjentów, diagnozy pielęgniarstwa, lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego i leczniczego – pielęgnacyjnego.
- ✓ Realizowanie opieki pielęgniarstwa według ustalonego planu, aktualnego stanu pacjenta oraz zleconego programu diagnostycznego – leczniczego, zgodnie posiadanymi kwalifikacjami, aktualną wiedzą, zasadami postępowania w oddziale oraz zasadami umowy z NFZ.
- ✓ Podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wlewów dożylnych; podawanie leków drogą wziewną.
- ✓ Sprawowanie rzetelnej opieki nad pacjentem.

- ✓ Pielęgnacja o obsługa długoterminowych tunelizowanych cewników typu Broviac, Port.
- ✓ Ocena stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji).
- ✓ Udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej.
- ✓ Rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców,
- ✓ Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w Instytucie .
- ✓ Dbłość o sprawność techniczną aparatury medycznej, niezbędnej do udzielani świadczeń oraz narzędzi i sprzętu do wykonywania zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych.
- ✓ Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami i aktualną wiedzą.
- ✓ Współpraca z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie podczas hospitalizacji,
- ✓ Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta i oddziału w zakresie objętym kompetencjami zawodowymi.

Czynności

- Ocena stanu zdrowia pacjenta z chorobami chirurgicznym, ocena stanu chorego dziecka i pielęgnowanie po zabiegu operacyjnym.
- Przygotowanie chorego dziecka do badań diagnostycznych wykonywanych w chorobach chirurgicznych i urazach, interpretacja podstawowych wyników badań laboratoryjnych.
- Przygotowanie chorego dziecka do zabiegu operacyjnego, uwzględniając rodzaj zabiegu i rodzaj znieczulenia.
- Przygotowanie chorego dziecka do badania/ zabiegu endoskopowego.
- Monitorowanie bólu u chorego dziecka, leczonego chirurgicznie/po urazie.
- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta w okresie okołoperacyjnym.
- Monitorowanie stanu chorego dziecka po zabiegu operacyjnym, w tym podłączenie chorego do urządzeń monitorujących i pomiarowych oraz interpretacja odczytywanych parametrów.
- Prowadzenie bilansu wodnego, ocena nawodnienia/odwodnienia pacjenta.
- Ocena drożności drenów i prawidłowego działania drenażu klatki piersiowej
- Udział w diagnostyce chorych po urazie, towarzyszenie choremu i zabezpieczenie go na czas transportu do pracowni diagnostycznych.
- Podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powikłaniom pooperacyjnym.
- Zmiana opatrunku na ranie pooperacyjnej, dobór i stosowanie nowoczesnych opatrunków specjalistycznych do zaopatrywania ran w zależności od fazy gojenia się ran.
- Stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej.
- Edukowanie chorego/dziecka i jego rodziny/opiekunów w zakresie postępowania w domu po leczeniu szpitalnym.

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

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" w zakresie opieki pielęgniarskiej.
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

§ 2**Obowiązki Stron**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza nr..... wydane przez dniaoraz 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.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego Zamówienie, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w Umowie i tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z Umową.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z harmonogramem. Harmonogram ustalany będzie na n/w zasadach:
Kierownik Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej Udzielającego Zamówienia w porozumieniu z Pielęgniarką Oddziałową lub Pielęgniarką Koordynującą Udzielającego Zamówienia ustala zapotrzebowanie na personel pielęgniarski w danej komórce organizacyjnej, zgodnie z zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, na tej podstawie planowany jest grafik pracy dla personelu pielęgniarskiego.
Szczegółowe harmonogramy pracy uzgadniane będą pomiędzy Przyjmującym Zamówienie, a Pielęgniarką Oddziałową lub Pielęgniarką Koordynującą lub Kierownikiem Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej Udzielającego Zamówienia . Ustalać ona będzie z Przyjmującym Zamówienie czas wykonywania świadczeń na każdy miesiąc kalendarzowy w danej komórce organizacyjnej, uwzględniając potrzeby Udzielającego Zamówienia oraz ciągłość i kompleksowość udzielania świadczeń zdrowotnych. Harmonogram ze strony Udzielającego Zamówienia będzie zatwierdzany przez Kierownika Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, a w czasie jego nieobecności przez osobę upoważnioną.
6. 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.
7. 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.
8. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo kontroli przestrzegania przez Przyjmującego Zamówienie Umowy, w zakresie określonym w indywidualnym harmonogramie pracy.
9. Zlecenie przez Udzielającego Zamówienie mniejszej liczby godzin w danym miesiącu kalendarzowym nie rodzi żadnych roszczeń ze strony Przyjmującego Zamówienie.
10. Przyjmujący zamówienie ma prawo do przerwy w świadczeniu usług dwukrotnie, przez okres nie dłuższy, niż 14 dni w roku kalendarzowym, bez prawa do wynagrodzenia. Przerwa w świadczeniu usług winna być

zaplanowana tak, aby nie powodowała zakłóceń w realizacji Umowy. Zaplanowana przerwa powinna zostać zgłoszona na piśmie z minimum 30-dniowym wyprzedzeniem i uzgodniona z Pielęgniarką Oddziałową lub Pielęgniarką Koordynującą lub Kierownikiem Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej.

11. 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 zespołami działającymi w Instytucie, w tym z personelem pielęgniarskim, lekarskim oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienia, w szczególności na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
 - 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) Podejmować działania na rzecz budowania kultury jakości oraz bezpieczeństwa pacjenta, w szczególności w zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych;
 - f) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;
 - g) 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 Kierownik Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej bądź osoba ją zastępująca;
 - h) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie 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 Zamówienie;
 - i) Stosować się do zarządzeń wewnętrznych Udzielającego Zamówienia o charakterze organizacyjnym, dokumentacji procesów Systemu Zarządzania Jakością, a także do przestrzegania przepisów prawa, w tym w szczególności przepisów o ochronie danych osobowych, porządkowych oraz 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*).
12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić czytelnie i systematycznie dokumentację medyczną i 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.
13. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
14. 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.
15. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nieobjętych Umową.
16. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
 - a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie;
 - 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 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, umowy 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.
17. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
18. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia, w szczególności ukierunkowanych na poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Ponadto Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wdrażania działań naprawczych i korygujących oraz do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, zdobywania lub uzupełniania wiedzy i umiejętności, mających na celu poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta.
19. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy do identyfikowania i niezwłocznego zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz ryzyka związanych ze zdarzeniami niepożądanymi zgodnie z instrukcją stanowiącą załącznik nr 3 do Zarządzenia Dyrektora Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w sprawie określenia zasad wewnętrznego systemu bezpieczeństwa pacjenta, powołania Zespołu ds. bezpieczeństwa pacjenta oraz ogłoszenia Polityki systemu poprawy bezpieczeństwa pacjenta w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.
20. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do:
- a) Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie;
 - b) Udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie sprzętu i aparatury medycznej oraz zapewnienia materiałów medycznych niezbędnych do wykonywania Zamówienia;
 - c) Zorganizowania obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami.
21. Przyjmujący Zamówienie, który nie posiada dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu przetaczania krwi i środków krwipochodnych, zobowiązuje się do ukończenia kursu przetaczania krwi i środków krwipochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania Umowy, a następnie przedstawiania dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu przetaczania krwi i środków krwipochodnych (*jeśli dotyczy*).
22. 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".
23. Przyjmujący Zamówienie podlega systemowi monitorowania obecności na zasadach określonych Regulaminem monitorowania obecności zleceniobiorców wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora w sprawie wprowadzenia Regulaminu monitorowania obecności zleceniobiorców w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.
24. W przypadku wystąpienia braków kadrowych w innych komórkach organizacyjnych Instytutu niż wskazane w załączniku nr 1, Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany miejsca realizacji świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami Przyjmującego Zamówienia. Powyższa sytuacja może mieć miejsce wyłącznie w wyjątkowych przypadkach uzasadnionych szczególnymi potrzebami kadrowymi Udzielającego Zamówienia. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do wcześniejszego poinformowania Przyjmującego Zamówienia o planowanej zmianie, przy czym zmiana dotyczyć będzie miejsca udzielania świadczeń, a nie dni lub godzin ustalonych w uzgodnionym harmonogramie pracy.

§ 3

Kontrola realizacji zamówienia

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

2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości w zakresie, w szczególności:
- a) 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, z uwzględnieniem obowiązkowych składek leżących po stronie Udzielającego Zamówienie (jeśli są wymagane), tj.:
- a) Składki emerytalnej
 - b) Składki rentowej
 - c) Składki wypadkowej
 - d) Składki na Fundusz Pracy
 - e) Składki na Fundusz Solidarnościowy
 - f) Składki na Pracownicze Plany Kapitałowe
- a) w łącznej wysokości: zł (słownie:.....) za godzinę udzielania świadczeń.
- b) w łącznej wysokości:zł (słownie:.....) za godzinę gotowości do udzielania świadczeń.

Liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie przedmiotu umowy zgodnie ze złożoną ofertą od 60 do 120 godzin / od 121 do 180 godzin / od 181 do 300 godzin (*niewłaściwe skreślić*). Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do gotowości realizacji świadczeń według potrzeb Udzielającego Zamówienie, we wskazanym przedziale ilości godzin, z zastrzeżeniem, że zapotrzebowanie na minimalną liczbę godzin przeznaczonych na realizację przedmiotu Umowy może ulec zmniejszeniu w przypadkach uzasadnionych organizacją funkcjonowania komórki organizacyjnej, w której realizowane są świadczenia bądź zmniejszeniem środków finansowych uzyskanych od płatnika publicznego. Zmiana uwzględniana jest w harmonogramie ustalonym na okresy miesięczne i nie wymaga sporządzenia pisemnego aneksu do Umowy.

Łączna wartość Umowy wynosi PLN (słownie:.....)

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, będą wystawiane i dostarczone 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/rachunku Udzielającemu Zamówienia uznaje się datę przyjęcia faktury/rachunku potwierdzoną przez Dział Księgowości Udzielającego Zamówienie.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury/rachunku Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
7. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostanie obliczona kwota brutto. Z tej kwoty brutto będą potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne (jeśli będą wymagane), składka na ubezpieczenie zdrowotne, zaliczka na podatek dochodowy od osób

fizycznych.

8. W przypadku braku konieczności opłacania składek na ubezpieczenie społeczne Przyjmujący Zamówienie dokumentować będzie 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. Ustępy 7 i 8 nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą.
10. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje dodatkowe wynagrodzenie, określone w Zarządzeniu Dyrektora Udzielającego Zamówienia w sprawie ustalenia zasad dodatkowego wynagrodzenia dla osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych zawieranych na podstawie art. 26 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (łącznie z wynagrodzeniem określonym w ust. 1 z zachowaniem limitu łącznej wartości Umowy) w związku z pracą we wskazanych w Zarządzeniu procedurach medycznych/obszarach działalności medycznej.
11. Należność, o której mowa w ust. 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.
12. W związku z wejściem w życie obowiązku korzystania z Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF), wszystkie faktury będą wystawiane i przesyłane przez Wykonawcę oraz odbierane przez Zamawiającego wyłącznie za pośrednictwem KSeF (jeśli Wykonawca jest zobowiązany do korzystania z KSeF). W przypadku wystąpienia awarii KSeF po stronie systemu, potwierdzonej komunikatem udostępnionym przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, uniemożliwiającej wystawienie faktury ustrukturyzowanej w KSeF, na czas trwania przeszkody faktury będą wystawiane w formie elektronicznej jako pliki PDF i przesyłane na adres e-mail: ksiegowosc@ipczd.pl

§ 5

Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie kary umowne:
 - a) za niewykonanie świadczeń objętych Umową z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wysokości dwukrotnej wartości niewykonanych świadczeń;
 - b) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1;
 - c) za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 2 ust. 9 w wysokości 200zł (dwieście złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie;
 - d) w przypadku niezwrócenia Inspektorowi Ochrony Radiologicznej Udzielającego Zamówienia w okresie 1 miesiąca od daty zakończenia obowiązywania umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100zł (sto złotych) (jeśli dotyczy);
 - e) w przypadku zgubienia w czasie trwania umowy, indywidualnego dozymetru, w wysokości 100zł (sto złotych) (jeśli dotyczy);
 - f) w przypadku udostępnienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego innej osobie, skanowania kart innych osób lub wszelkich działań sprzecznych z zasadami używania indywidualnego identyfikatora, w wysokości 100zł (sto złotych) za każde stwierdzone naruszenie.
2. Udzielający Zamówienie zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

§6

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje oddolub 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.
3. W przypadku niezrealizowania wartości umowy określonej w § 4 ust. 1, strony przewidują możliwość przedłużenia terminu wykonania umowy, do czasu zrealizowania pozostałej części kwoty przeznaczonej do zapłaty za wykonanie przedmiotu umowy.

§ 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 z ważnych przyczyn, 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 § 8;
 - c) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy;
 - d) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia lub kwalifikacje konieczne dla realizacji Umowy;
 - e) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpi do realizacji Umowy;
 - f) Przyjmujący Zamówienie odmówi poddania się badaniu na zawartość alkoholu lub środków odurzających, gdy zachodzi podejrzenie ich użycia;
 - g) Przyjmujący Zamówienie nie przedstawi umowy odpowiedzialności cywilnej na wezwanie Udzielającego zamówienie w terminie 7 dni od wezwania;
 - h) Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienie nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje związane z realizacją niniejszej umowy;
 - i) Przyjmujący Zamówienie zgodnie z § 2 ust. 20 nie przedstawi dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu przetaczania krwi i środków krwipochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty zawarcia Umowy;
 - j) Przyjmujący Zamówienie, który nie posiada obywatelstwa polskiego, nie przedstawi dokumentu uprawniającego cudzoziemca do wykonywania legalnej pracy na terenie Polski, niezwłocznie po wezwaniu do jego przedstawienia przez Udzielającego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni po wygaśnięciu Umowy przekazać Udzielającemu Zamówienie wszelkie dokumenty i inne materiały dotyczące zarówno tajemnicy służbowej, jak i zawodowej oraz inne dokumenty, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania Umowy w związku z jej wykonywaniem.

§ 8

Ochrona tajemnicy i nieuczciwa konkurencja

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

§ 9

Ochrona danych osobowych

1. W trakcie wykonywania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:
 - a) przestrzegania przepisów oraz wewnętrznych procedur Udzielającego Zamówienie dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych, a w szczególności Polityki bezpieczeństwa danych osobowych,
 - b) przetwarzania danych osobowych ściśle zgodnie z udzielonym przez Udzielającego Zamówienie upoważnieniem i jedynie w granicach tego upoważnienia,
 - c) zachowania poufności wszelkich informacji dotyczących danych osobowych pacjentów i pracowników Udzielającego Zamówienie, sposobu przetwarzania i ochrony tych danych,
 - d) podpisania oświadczenia o poufności stanowiącego zał. nr 4 do Umowy.
2. Powyższe postanowienia dotyczą zarówno osób fizycznych i osób prowadzących jednoosobową praktykę pielęgniarstwa.

§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 stanowiąc będą jej integralną część.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia

Załącznik nr 2: 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

Załącz. 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)



Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Aleja Dzieci Polskich 20
04 – 730 Warszawa

Data wydania: **2026.02.25**
Wydanie: **2**, strona: **20** z **29**

Załącznik nr 5 do umowy

**OŚWIADCZENIE OSOBY UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE
ZBIOREM WYTTCZYNYCH I ZASAD
OBOWIĄZUJĄCYCH W IPCZD**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam się / zapoznałem się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, w tym m.in. z:

1. zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przeciwpożarowymi, w tym wytycznymi ochrony i bezpieczeństwa osobistego,
2. procedurami kontroli zakażeń szpitalnych,
3. zasadami ochrony i przetwarzania danych osobowych,
4. zasadami ochrony radiologicznej (jeśli dotyczy),
5. Systemem Zarządzania Jakością oraz programem działań na rzecz poprawy jakości oraz zasadami akredytacji,
6. procedurą zgłaszania naruszeń prawa oraz podejmowania działań następnych,
7. treścią regulaminu wewnętrznego w zakresie przeciwdziałania mobbingowi i molestowaniu w miejscu pracy,
8. procedurą postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego lub katastrofy,
9. zakresem systemów informatycznych, wytycznymi stosowania elektronicznego rekordu pacjenta oraz wytycznymi zabezpieczeń systemu informatycznego,
10. topografią szpitala,
11. prezentacją przedstawiającą wizję, misję i strategię i kierunki rozwoju Instytutu,
12. zasadami komunikacji obowiązującymi w IPCZD oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
(data i podpis)

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

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		

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii I i II oraz na Oddziale Transplantacji Narządów na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 1 osoba – nr sprawy KO/CZD/15/26.

Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.

1. Oświadczam, że zapoznałam 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.
2. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
3. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
4. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.6. Ogłoszenia.

5. Oświadczam, że posiadam minimum 1 rok doświadczenia w pracy - potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia
6. 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.
7. Oświadczam, że w przeciągu ostatnich 3 lat nie została ze mną rozwiązana umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą;

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza		
2	Dokument potwierdzający posiadanie kursu przetaczania krwi i środków krwipochodnych lub oświadczenie dotyczące zobowiązania do ukończenia kursu przetaczania krwi i środków krwipochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania umowy		
3	Dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii i/ lub specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii		
4	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
5	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
6	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia)		
7	<u>DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY):</u> Dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa pediatrycznego		
8	<u>DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY):</u> Dokument potwierdzający ukończenie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego		
9	<u>DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY):</u> Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych		
10	<u>DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY):</u> Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego w zakresie RKO		
11	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy *		
12	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące *		
13	Aktualna polisa OC *		
14	Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem – dotyczy cudzoziemców		
15	Informacja z Krajowego Rejestru Karnego		
16	Inne- wymienić jakie		

.....
Podpis Oferenta

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii I i II oraz na Oddziale Transplantacji Narządów na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" – 1 osoba – nr sprawy KO/CZD/15/26

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE:

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

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

Adres Przyjmującego Zamówienie:

FORMULARZ CENOWY**KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):****A. Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem obowiązkowych składek leżących po stronie Udzielającego Zamówienie (jeśli są wymagane), tj.:**

- g) Składki emerytalnej
- h) Składki rentowej
- i) Składki wypadkowej
- j) Składki na Fundusz Pracy
- k) Składki na Fundusz Solidarnościowy
- l) Składki na Pracownicze Plany Kapitałowe

..... zł za godzinę udzielania świadczeń.

Słownie: zł za godzinę udzielania świadczeń.

B. Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę gotowości do udzielania świadczeń medycznych, z uwzględnieniem obowiązkowych składek leżących po stronie Udzielającego Zamówienie (jeśli są wymagane), tj.:

- m) Składki emerytalnej
- n) Składki rentowej
- o) Składki wypadkowej
- p) Składki na Fundusz Pracy
- q) Składki na Fundusz Solidarnościowy
- r) Składki na Pracownicze Plany Kapitałowe

..... zł za godzinę udzielania świadczeń.

Słownie: zł za godzinę udzielania świadczeń.

....., dnia

(podpis)

KRYTERIUM b): Jakość - dotyczy wszystkich Oferentów ² (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

A.	Brak udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych	
B.	Przedstawiam udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe	

² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.7 Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.

W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.7 Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

W przypadku, gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę 2 punktów.

Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym, w zakresie KRYTERIUM a) cena, będzie skutkowała odrzuceniem oferty.

....., dnia

(podpis)

Zgoda na przetwarzania danych osobowych - dotyczy wszystkich Oferentów.

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, dalej zwane „RODO”) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis

.....
Imię i nazwisko ⁴

Oświadczenie - dotyczy wszystkich Oferentów

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

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że zobowiązuję się do ukończenia kursu przetaczania krwi i środków krwiopochodnych w przeciągu 3 miesięcy od daty podpisania umowy.

.....

(data i podpis Oferenta)