

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 lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (5 000 godzin lub 46 osób).

1. Udzielający Zamówienie

INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

Al. Dzieci Polskich 20

04-730 Warszawa

Dane do kontaktu:

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

Strona internetowa, na której dostępne jest Ogłoszenie: www.czd.pl – Konkursy poza ust. PZP – Konkursy ofert na podstawie ustawy o działalności leczniczej.

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

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

2. Opis przedmiotu zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (5 000 godzin lub 46 osób).

Zadanie nr 1 dotyczy realizacji przedmiotu zamówienia przez 41 lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej Terapii, w terminie od 01.06.2026r. do 31.05.2027r., świadczenia będą udzielane w Klinice Anestezjologii i Intensywnej terapii, na Bloku Operacyjnym i w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD, miesięczna liczba świadczeń dla 1 oferenta będzie wynosić od 48 do 260 godzin.

Zadanie nr 2 dotyczy realizacji przedmiotu zamówienia przez 5 lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej Terapii, w terminie od 01.06.2026r. do 31.05.2027r., świadczenia będą udzielane w Klinice Anestezjologii i Intensywnej terapii, na Bloku Operacyjnym i w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD oraz w Poradni Leczenia Bólu, miesięczna liczba świadczeń dla 1 oferenta będzie wynosić od 48 do 260 godzin.

KOD CPV dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2: 85121100- 4 Ogólne usługi lekarskie

3. Udzielający Zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych.

4. Termin wykonania zamówienia dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2: od 01.06.2026r. do 31.05.2027r.

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, pkt. 5.1.2.)

2. Prawo wykonywania zawodu lekarza;

3. Specjalizacja w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

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

5. Min. 1 rok doświadczenia w znieczuleniu dzieci < 3r.ż.

6. Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny): dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: leczenia bólu i/lub medycyny paliatywnej i/lub echo serca i/lub blokad regionalnych pod kontrolą USG i/lub zastosowania USG w ocenie mięszu płucnego i/lub kaniulacji dużych naczyń pod kontrolą USG i/lub ciągła terapia nerkozastępcza i/lub ECMO i/lub bronchofiberoskopia.

7. Warunek fakultatywny (nieobowiązkowy): czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i intensywnej Terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję.

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 miesięcy.**¹

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

KO/CZD/39/26

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

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

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;

2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

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

4. Oświadczenie Oferenta, że posiada min. 1 rok doświadczenia w znieczulaniu dzieci < 3r.ż. - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

5. Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny): dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: leczenia bólu i/lub medycyny paliatywnej i/lub echo serca i/lub blokad regionalnych pod kontrolą USG i/lub zastosowania USG w ocenie mięszu płucnego i/lub kaniulacji dużych naczyń pod kontrolą USG i/lub ciągła terapia nerkozastępcza i/lub ECMO i/lub bronchofiberoskopia;

6. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję - do potwierdzenia w formularzu cenowym;

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

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

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

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

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;

2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

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

4. Oświadczenie Oferenta, że posiada min. 1 rok doświadczenia w znieczulaniu dzieci < 3r.ż. - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

5. Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny): dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: leczenia bólu i/lub medycyny paliatywnej i/lub echo serca i/lub blokad regionalnych pod kontrolą USG i/lub

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.**

KO/CZD/39/26

zastosowania USG w ocenie miąższu płucnego i/lub kaniulacji dużych naczyń pod kontrolą USG i/lub ciągła terapia nerkozastępcza i/lub ECMO i/lub bronchofiberoskopia;

6. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję - do potwierdzenia w formularzu cenowym;

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

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

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

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

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

12. 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*:

Dla Zadania nr 1:

- Rubryka 14. Rodzaj działalności leczniczej:

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne

- Rubryka 15. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub

98 – indywidualna praktyka lekarza lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza;

Dla Zadania nr 2:

- Rubryka 14. Rodzaj działalności leczniczej:

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;

- Rubryka 15. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub

98 – indywidualna praktyka lekarza lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza;

Oraz

- Rubryka 14. Rodzaj działalności leczniczej:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

- Rubryka 15. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub

94- indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub

98– indywidualna praktyka lekarska lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska;

13. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011r. 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.

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. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia
4. oświadczenie o zamieszkiwaniu - 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.

7. Sposób porozumiewania się Udzielającego Zamówienie z Oferentami.

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

Karolina Szulim – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń,

Tel.: +48 22 815-16-78, e-mail: k.szulim@ipczd.pl

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

8. Opis sposobu przygotowania oferty.

1. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Złożenie oferty alternatywnej skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez Oferenta lub przez osobę upoważnioną do jego reprezentowania. W przypadku podpisywania oferty przez osobę/osoby posiadające pełnomocnictwa, dokumenty pełnomocnictwa muszą być dołączone do oferty w oryginale lub w notarialnie uwierzytelnionej kopii.
4. Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty (a nie kartki) wraz z załącznikami były jednoznacznie ponumerowane i spięte.

9. Miejsce i termin składania ofert.

1. Oferty należy składać w nieprzejrzystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **15.05.2026r. do godz. 09:00** 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 lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (5 000 godzin lub 46 osób) – nr sprawy KO/CZD/39/26

Nie otwierać koperty przed 15.05.2026r. przed godziną 09:00

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

KO/CZD/39/26

Zamówienie przed upływem terminu wyznaczonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Instytutu.

4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi 15.05.2026r. o godz. 09:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 31.05.2026r. 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 - 80 punktów

Kwota jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie zamówienia nie będzie wyższa niż 290,00 zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

W przypadku zawarcia umowy (zgodnie z projektem umowy § 5 ust. 1 - załącznik nr 2 do Ogłoszenia), Przyjmujący Zamówienie będzie uprawniony do (stan na dzień ogłoszenia konkursu ofert):

a. dodatkowego wynagrodzenia w związku z udzielaniem świadczeń we wskazanych poniżej procedurach medycznych/ obszarach działalności medycznej w wysokości:

1. 3 000,00 zł – za udział w przeszczepieniu wątroby;
2. 1 720,00 zł - za udział w przeszczepieniu nerki;
3. 712,00 zł - za udział w operacji wady wrodzonej serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla – bez użycia krążenia pozaustrojowego;
4. Procedury medyczne:
 - 780,00 zł - za udział w operacji wady wrodzonej serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla – z użyciem krążenia pozaustrojowego;
 - 780,00 zł - za udział w operacji wady serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dzieci do lat 18;
5. Diagnostyczne cewnikowanie serca/biopsja mięśnia sercowego < 18 r.ż. w Pracowni Interwencji Sercowo – Naczyniowych - Dla osób wykonujących ww. procedurę sfinansowaną przez NFZ lub innego płatnika przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 546 zł dla zespołu za każdą procedurę wykonaną i opłaconą w 100% zgodnie z taryfikatorem NFZ-u.

Podział ww. kwot winien uwzględniać zachowanie poniższego parytetu:

- 66 % ± 5 % dla personelu lekarskiego wraz z kierownikiem zespołu,
- 34 % ± 5 % dla pozostałego personelu;

6. Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18 w Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych - Dla osób wykonujących zabieg w wariacie przezskórnego zabiegu naprawczego bez użycia zestawów zamykających, gdzie ten zabieg sfinansowany jest przez NFZ lub innego płatnika przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 1 674,00 zł dla zespołu za każdą procedurę wykonaną i opłaconą w 100% zgodnie z taryfikatorem NFZ-u.

Podział ww. kwot winien uwzględniać zachowanie poniższego parytetu:

- 66 % ± 5 % dla personelu lekarskiego wraz z kierownikiem zespołu,
- 34 % ± 5 % dla pozostałego personelu;

b. całkowitego wynagrodzenia w związku z udzielaniem świadczeń we wskazanych poniżej procedurach medycznych/ obszarach działalności medycznej w wysokości:

1. 228,00 zł – za znieczulenie do badania MR w programie kompleksowa opieka nad pacjentem pediatrycznym z padaczką;
2. 72,00 zł za kwalifikację do wykonania badania w znieczuleniu ogólnym w programie kompleksowa opieka nad pacjentem pediatrycznym z padaczką;

KO/CZD/39/26

3. Stawka brutto za każdy punkt rozliczeniowy NFZ za udział przy sanacji jamy ustnej w znieczuleniu ogólnym poza podstawowym czasem pracy;
4. Od 286,00 zł do 714,00 zł (kwota jest uzależniona od rodzaju wykonywanej procedury) za udział w dodatkowej sesji operacyjnej w godzinach popołudniowych, poza czasem pracy ustalonym w harmonogramie, (to jest w godzinach 15.35-21.00);
5. Od 329,00 zł do 821,00 zł (kwota jest uzależniona od rodzaju wykonywanej procedury) za udział przy procedurze chirurgicznej poza obowiązującym czasem pracy w sobotę;
6. 1 680,00 zł za udział w procedurze chirurgicznej – operacji pacjenta z klatką lejkowatą metodą Nussa (zabieg z zastosowaniem krioanalgezji) wykonywanej poza obowiązującym czasem pracy w sobotę;
7. 1 680,00 zł za udział w procedurze embolizacji malformacji naczyniowych OUN wykonywanej poza obowiązującym czasem pracy;
8. 288,00 zł za konsultację pacjenta wymagającego terapii oddechowej z zastosowaniem technik nieinwazyjnego wspomaganie oddechu; kwalifikację do leczenia w programie Kompleksowa opieka nad pacjentem pediatrycznym z Zespołem Obturacyjnego Bezdechu Sennego;
9. 480,00 zł za kwalifikację i leczenie protezą powietrzną PAP/ monitorowanie leczenia: dobór urządzenia do prowadzenia terapii oddechowej, ustawienia parametrów, analiza zapisu nocnego danych z aparatu auto-CPAP, wydanie skierowania na zaopatrzenie medyczne w programie Kompleksowa opieka nad pacjentem pediatrycznym z Zespołem Obturacyjnego Bezdechu Sennego;
10. 840,00 zł za znieczulenie do procedury zabiegowej w Sesji interwencyjnej – zamykania przetrwałego przewodu tętniczego;

W przypadku realizacji świadczeń poza podstawowym czasem pracy Przyjmującego zamówienie przysługuje wynagrodzenie określone w punkcie b, zamiast wynagrodzenia określonego stawką godzinową.

- b) Jakość - 10 punktów
- c) Kompleksowość – 10 punktów

Razem max do uzyskania 100 punktów

L.p	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	80 punktów	Najniższa zaoferowana cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (max 80 pkt.) Liczba punktów, jaką można uzyskać w tym kryterium zostanie obliczona zgodnie ze wzorem: $\text{liczba punktów} = \frac{\text{najniższa cena oferty}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt.} \times 0,80$
2.	Jakość ^{1 2 3}	10 punktów	Punkty będą przyznane za (max 10 pkt.): a. przedstawienie 2 lub więcej dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje zawodowe, szczegółowo opisane w pkt. 5.6. ogłoszenia - max 10 pkt. b. przedstawienie 1 dokumentu potwierdzającego posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych szczegółowo opisanych w pkt. 5.6. ogłoszenia – max 5 pkt. c. Brak dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych szczegółowo opisanych w pkt. 5.6. ogłoszenia - 0 pkt.
3.	Kompleksowość ⁴	10 punktów	Punkty będą przyznane, jeżeli Oferent oświadczy, że czynnie uczestniczył w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję, sposób punktowania (max 10 pkt.): a. Potwierdzenie czynnego uczestnictwa w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii – max 10 pkt. b. Brak czynnego udziału w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii – 0 pkt.

KO/CZD/39/26

¹W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.

²W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

³ W przypadku, gdy Oferent przedstawi 2 lub więcej z dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający Zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.

⁴ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

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

11. Rozstrzygnięcie konkursu

1. Udzielający Zamówienia odrzuci ofertę:
 - a) 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 oraz KRK) lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wezwie oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
3. W przypadku gdy Oferent złoży dokumenty (wydruk z CEIDG, wydruk z RPWDL lub wydruk z KRS), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienia są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienia jeśli będzie to możliwe uzyska je samodzielnie z ogólnodostępnych baz danych.
4. Udzielający zamówienia unieważni postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
 - a) nie wpłynęła żadna oferta;
 - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;
 - c) odrzucono wszystkie oferty;
 - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
 - e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

12. Udzielenie zamówienia

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

13. Istotne postanowienia umowy

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

14. Środki ochrony prawnej przysługujące Przyjmującym Zamówienie

KO/CZD/39/26

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 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)
- 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)

.....
podpis Udzielającego Zamówienia

Szczegółowy Zakres Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" -2 Zadania (5 000 godzin lub 46 osób):

Zadanie nr 1 dotyczy realizacji przedmiotu zamówienia przez 41 lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej Terapii, w terminie od 01.06.2026r. do 31.05.2027r., świadczenia będą udzielane w Klinice Anestezjologii i Intensywnej terapii, na Bloku Operacyjnym i w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD, miesięczna liczba świadczeń dla 1 oferenta będzie wynosić od 48 do 260 godzin.

Zadanie nr 2 dotyczy realizacji przedmiotu zamówienia przez 5 lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej Terapii, w terminie od 01.06.2026r. do 31.05.2027r., świadczenia będą udzielane w Klinice Anestezjologii i Intensywnej terapii, na Bloku Operacyjnym i w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD oraz w Poradni Leczenia Bólu, miesięczna liczba świadczeń dla 1 oferenta będzie wynosić od 48 do 260 godzin.

Zadanie nr 1

Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych będą :

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

Termin wykonania zamówienia:

1. od 01.06.2026r. do 31.05.2027r.

Liczba osób wykonujących zamówienie:

1. 41 osób

Miesięczny wymiar czasu pracy wynosi :

1. 48-260 godzin dla 1 oferenta,

Zakres zadań w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres posiadanej specjalizacji zgodnie z aktualną wiedzą i zasadami postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz zapisami umowy z NFZ i innymi płatnikami.
2. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w Oddziałach Intensywnej Terapii.

KO/CZD/39/26

3. Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w IPCZD.
4. Wykonywanie świadczeń przy zachowaniu i poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach umowy świadczeniami zdrowotnymi.
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.
6. Badanie podmiotowe i przedmiotowe w trakcie wizyty przedoperacyjnej i kwalifikacja anestezyjologiczna pacjenta do znieczuleń oraz znieczulenie do operacji i opieka okołooperacyjna pacjenta w wieku od 1 dnia życia do 18 roku życia oraz dla pacjentów kontynuujących leczenie.
7. Nadzorowanie i kontrolowanie wykonywania pracy lekarzy nie posiadających tytułu specjalisty zgodnie z obowiązującymi wytycznymi w zakresie szkolenia lekarzy rezydentów i stażystów.
8. Raportowanie zdarzeń niepożądanych
9. Udział w szkoleniach i konferencjach na podstawie skierowania przez Udzielającego Zamówienia.
10. Pełną odpowiedzialność za szkody powstałe w skutek niewykonania lub nienależnego wykonania świadczeń lekarskich.
11. Monitorowanie natężenia bólu u pacjentów wybranych spośród wszystkich hospitalizowanych na terenie IPCZD;
12. Ocena jakości i skuteczności leczenia bólu oraz rejestracja objawów niepożądanych związanych z leczeniem przeciwbólowym;
13. Wykonywanie świadczeń w zakresie leczenia bólu ostrego;
14. Współpraca z lekarzem prowadzącym pacjenta w celu modyfikacji leczenia przeciwbólowego;
15. Udział w opracowywaniu standardów leczenia bólu w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” i ocena ich realnej przydatności klinicznej w celu wprowadzenia zmian poprawiających jakość postępowania przeciwbólowego;
16. Okresowa ocena przestrzegania standardów obowiązujących w Instytucie „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”;
17. Udział w organizowaniu i przeprowadzaniu szkoleń personelu lekarskiego i pielęgniarskiego IPCZD w zakresie bezpieczeństwa znieczulenia, postępowania w stanach zagrożenia życia i leczenia bólu.
18. Transport medyczny wewnątrz- i między szpitalny pacjentów w stanie zagrożenia życia.

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

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

Zadanie nr 2

Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych będą :

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

KO/CZD/39/26

Termin wykonania zamówienia:

1. od 01.06.2026r. do 31.05.2027r.

Liczba osób wykonujących zamówienie:

1. 5 osób

Miesięczny wymiar czasu pracy wynosi :

1. 48-260 godzin dla 1 oferenta

Zakres zadań w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

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

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

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

Zakres zadań w Poradni Leczenia Bólu:

1. Udzielanie specjalistycznych porad ambulatoryjnych z zakresu leczenia bólu
2. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia bólu przewlekłego
3. Diagnostyka i leczenie bólu u dzieci od 1 dnia życia do 18 roku życia
4. Świadczenia w Poradni Leczenia Bólu będą udzielane w dniach od poniedziałku do piątku.

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

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

§ 2**Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych**

- a. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienia do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania i zatwierdzania *Harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych*, zwanego dalej „*harmonogramem*”, jest Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii bądź osoba go zastępująca.
- b. *Harmonogram* będzie ustalany z 1- miesięcznym wyprzedzeniem do 20 dnia kolejnego miesiąca. *Harmonogram* może być w części zmieniony przez Udzielającego Zamówienia 7 dni przed dniem wystąpienia zmiany. Przyjmujący Zamówienie może zgłosić potrzebę zmiany *harmonogramu* z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem. Zmiany w *harmonogramie* wymagają akceptacji i zatwierdzenia osób wskazanych w ust. 1.
- c. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczenia zdrowotne zgodnie z *harmonogramem*.
- d. Typowy wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych wynosi:
 - a. 7 godzin 35 min- w godzinach 08:00-15:35 w dni od poniedziałku do piątku;
 - b. 16 godzin 25 min- w godzinach 15:35-08:00 w trybie dyżurowym;
 - c. 11 godzin- w godzinach 08:00-19:00 w tym po 15:35 w trybie dyżurowym;
 - d. 24 godziny- w godzinach 08:00-08:00 w trybie dyżurowym w weekendy i dni świąteczne;W szczególnych wypadkach wymiar czasu udzielania świadczeń zdrowotnych może zostać uzgodniony pomiędzy Stronami.
- e. Niedopuszczalna jest praca ciągła w wymiarze przekraczającym 24 godziny.
- f. Liczba godzin przeznaczona na wykonywanie przedmiotu umowy wynosi minimum 48 godzin miesięcznie.
- g. Udzielający Zamówienia może dokonać zmiany *harmonogramu* w dzień poprzedzający wykonywanie świadczeń, za zgodą Przyjmującego Zamówienie.
- h. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z *harmonogramem*, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienia, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić z mniejszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
- i. Postanowienia ust. 2 nie wykluczają możliwości udzielania świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego *harmonogramu*, w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron niniejszej umowy.
- j. Przyjmujący Zamówienie uprawniony jest do przerwy w wykonywaniu świadczeń nie przekraczającej łącznie 30 dni kalendarzowych, bez prawa do wynagrodzenia. Przerwa w świadczeniu usług powinna być zaplanowana tak, aby nie powodowała zakłóceń w funkcjonowaniu Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zaplanowana przerwa powinna zostać zgłoszona na piśmie z minimum 30-dniowym wyprzedzeniem i uzgodniona z Kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub osobą go zastępującą.
11. Przyjmujący Zamówienie nie może w terminach i w czasie wynikającym z *harmonogramu* udzielać świadczeń zdrowotnych na rzecz innych podmiotów.
12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do punktualnego stawiania się w miejscu wykonywania świadczeń zdrowotnych i pozostawania w nim do czasu ich zakończenia, zgodnie z ustalonym *harmonogramem*.

14. Przyjmujący Zamówienie podlega systemowi monitorowania obecności na zasadach określonych w regulaminie monitorowania obecności zleceniobiorców, zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Instytutu w sprawie wprowadzenia *Regulaminu monitorowania obecności zleceniobiorców w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”*. Oświadczenie o zapoznaniu się z regulaminem monitorowania obecności zleceniobiorców stanowi załącznik nr 6 do umowy.

§ 3

Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr wydane przez dnia i specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz oświadcza, iż nie ma ograniczonego ani zawieszono 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 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 pielęgniarstwu, 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) Do przestrzegania przepisów sanitarno-epidemiologicznych, przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej, przepisów porządkowych, a także przepisów dotyczących ochrony radiologicznej (jeżeli mają zastosowanie), obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Do obowiązków Kierownika Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub osoby go zastępującej należy zapewnienie zapoznania z powyższymi przepisami oraz przeprowadzenie adaptacji stanowiskowej;
 - h) 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;
 - i) Wystawiać świadczeniobiorcom zwolnienia lekarskie oraz inne druki i zaświadczenia przewidziane w zakresie kompetencji świadczeniodawcy w ramach realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - j) 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;
 - k) 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);

l) Posiadać aktualny Certyfikat Szkolenia w dziedzinie Ochrony Radiologicznej Pacjenta (*jeśli dotyczy*).

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną w tym Elektroniczną Dokumentację Medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz sprawozdawczość statystyczną według zasad obowiązujących w podmiotach leczniczych, a w szczególności według zasad ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, korzystając z narzędzi udostępnionych przez Udzielającego Zamówienie.

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

8. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które nie są pacjentami Udzielającego Zamówienia.

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

10. 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. Kopie dokumentów o których mowa powyżej oraz kopie dokumentu potwierdzającego wykształcenie wyższe medyczne, zgodnie z pkt. 5 Załącznika nr 3 do Ogłoszenia- Formularz ofertowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawić w terminie 14 dni od daty zawarcia umowy;

c) 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"

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

12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia, w szczególności ukierunkowanych na poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Ponadto to 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.

13. 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.

14. 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".

15. 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”.

16. W związku z nałożonymi zadaniami obronnymi w ramach realizacji Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 października 2023 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa (Dz. U. 2023 poz. 2482 z późn. zm.). Udzielający zamówienie jest zobowiązany udzielać świadczenia zdrowotne w każdym czasie, także podczas wystąpienia sytuacji kryzysowych oraz zaistnienia zagrożenia państwa i w czasie wojny. Przyjmujący zamówienie w czasie trwania niniejszej umowy zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych przewidzianych tą umową w ilościach zabezpieczających potrzeby Udzielającego zamówienie podczas wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia państwa oraz w czasie wojny.

§ 4

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) rzetelnego udzielania świadczeń
 - b) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
 - c) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
 - d) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
 - e) gospodarowania użytym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - f) realizacji zaleceń pokontrolnych;
 - g) czasu pracy – w oparciu o system monitorowania obecności.

§ 5

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.:

Składki emerytalnej

Składki rentowej

Składki wypadkowej

Składki na Fundusz Pracy

Składki na Fundusz Solidarnościowy

Składki na Pracownicze Plany Kapitałowe

- a) w łącznej wysokości: zł (słownie:) za godzinę udzielania świadczeń

Łączna wartość umowy wynosi PLN (słownie:)

Do wynagrodzenia określonego w ust. 1 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.

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy Udzielający Zamówienie wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku.
3. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2, wystawiane i dostarczone będą do 5 dnia każdego miesiąca na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych stanowiących suplement do faktury lub rachunku. Wzór suplementu określa Udzielający Zamówienia..
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w suplemencie lub jego braku, wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują

KO/CZD/39/26

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 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 na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienia sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie do 30 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie. Do dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 10, stosuje się zasady określone w ust. 5, 7, 8 i 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.

13. Z uwagi na brak możliwości dołączania w KSeF załączników wymaganych do potwierdzenia wykonania usług, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przysyłać komplet dokumentów na adres e-mail: ksiegowosc@ipczd.pl, tj.:

a) wizualizację faktury wystawionej w KSeF wraz z suplementem podpisanym przez Kierownika komórki, w której usługi są świadczone, albo

b) wizualizację faktury wystawionej w KSeF podpisaną przez Kierownika komórki – jeżeli do faktury nie dołącza się suplementów.

Przyjmujący zamówienie, który nie wystawia faktur w KSeF, zobowiązany jest przysyłać komplet dokumentów na adres e-mail: ksiegowosc@ipczd.pl, tj.:

a) fakturę wraz z suplementem podpisanym przez Kierownika komórki, w której usługi są świadczone, albo

b) fakturę podpisaną przez Kierownika komórki – jeżeli do faktury nie dołącza się suplementów.

Każdorazowo nazwa przesyłanego pliku powinna zawierać numer faktury, której dotyczy przesyłany załącznik.

§ 6

Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:

KO/CZD/39/26

- a) w sytuacji niezapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego Zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości podwójnej stawki godzinowej za każdą rozpoczętą godzinę nieobecności na podstawie zatwierzonego *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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii 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. 11 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 zasadności i celowości wydania recepty wystawionej przez Przyjmującego zamówienie odpowiada on do wysokości kwoty zwracanej do NFZ wraz z odsetkami.
3. W przypadku nałożenia na Udzielającego Zamówienia kary umownej przez NFZ lub innego płatnika zewnętrznego z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie lub w przypadku nakazu zwrotu nienależnie przekazanych wartości świadczeń wynikających z negatywnej weryfikacji za 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.

§ 7

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od 01.06.2026r. do 31.05.2027r.**, 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.
3. W przypadku niezrealizowania wartości umowy określonej w § 5 ust. 1, strony przewidują możliwość przedłużenia terminu wykonania umowy, do czasu zrealizowania pozostałej części kwoty przeznaczonej do zapłaty za wykonanie przedmiotu umowy.

§ 8

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może zostać rozwiązana w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 2-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego lub na mocy porozumienia stron;
2. Udzielający 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

KO/CZD/39/26

h) Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienie nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje związane z realizacją niniejszej umowy.

i) Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienie nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje związane z realizacją niniejszej 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.

§ 9

Ochrona tajemnicy i nieuczciwa konkurencja

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których dowiedziały się przy realizacji Umowy oraz informacji, które stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

2. Działanie Przyjmującego Zamówienie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, zagrażające lub naruszające interes Udzielającego Zamówienia bądź jego pacjentów będzie traktowane jako czyn nieuczciwej konkurencji, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Czynami nieuczciwej konkurencji są m.in.:

a) naruszenie (przekazanie, ujawnienie, wykorzystanie) informacji stanowiących tajemnicę Udzielającego Zamówienie;

b) rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji dotyczących Udzielającego Zamówienie.

§ 10

Ochrona danych osobowych

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

a) przestrzegania przepisów oraz wewnętrznych procedur IPCZD dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych, a w szczególności Polityki bezpieczeństwa danych osobowych,

b) przetwarzania danych osobowych ściśle zgodnie z udzielonym przez Udzielającego 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 prawnych.

§ 11

Postanowienia końcowe

1. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla siedziby Udzielającego 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.

KO/CZD/39/26

Załączniki:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia

Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 3: Formularz cenowy

Załącznik nr 4: Oświadczenie dotyczące zachowania 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

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZACHOWANIA POUFNOŚCI

1. Ja (imię i nazwisko), 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 i Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
 - b) „Polityka Ochrony Danych Osobowych” w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
2. Zobowiązuję się do przestrzegania zarządzeń, instrukcji i procedur dotyczących ochrony danych osobowych obowiązujących w Instytucie oraz że nie będę bez pisemnego upoważnienia Administratora Danych Osobowych przetwarzać danych osobowych w IPCZD
3. Zobowiązuję się, że nie będę pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać ani udostępniać jakichkolwiek danych osobowych, w tym danych wrażliwych m.in. medycznych i genetycznych, które zostaną mi udostępnione przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, w innych celach niż określone w Umowie.
4. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/y, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane za naruszenie obowiązków wynikających z umowy i stanowić podstawę odpowiedzialności karnej oraz odszkodowawczej.

Niniejsze zobowiązanie obowiązuje na czas nieokreślony, również po wygaśnięciu umowy/ innego stosunku prawnego.

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

**Załącznik nr 5 do umowy****OŚWIADCZENIE OSOBY UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ
ZE ZBIOREM WYTYCZNYCH 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 następczych,
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 zobowiązuje się do ich przestrzegania.

.....

(data i podpis)

**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)

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	Seria numer wydany przez.....	
PESEL		
Nazwisko rodowe		
Imiona rodziców		
adres email		
telefon		

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (5 000 godzin lub 46 osób).

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentem.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawała/pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam **wykształcenie wyższe medyczne**.
6. Oświadczam, że posiadam **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 posiadam min. 1 rok doświadczenia w znieczuleniu dzieci < 3r.ż. – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.
8. 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.
9. **Oświadczam, że składam ofertę na (należy wskazać numer zadania poprzez postawienie znaku X):**

Zadanie nr 1

Zadanie nr 2

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza		
2	Specjalizacja w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii		
3	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
4	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
5	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia)- dotyczy wszystkich Oferentów		
6	Oświadczenie o zamieszkiwaniu w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa (zał. nr 6) – dotyczy wszystkich Oferentów		
7	<u>DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY)</u> - dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: leczenia bólu i/lub medycyny paliatywnej i/lub echo serca i/lub blokad regionalnych pod kontrolą USG i/lub zastosowania USG w ocenie miąższu płucnego i/lub kaniulacji dużych naczyń pod kontrolą USG i/lub ciągła terapia nerkozastępcza i/lub ECMO i/lub bronchofiberoskopia.		
8	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy)		
9	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)		
10	Aktualna polisa OC		
11	Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – <i>dotyczy cudzoziemców</i>		
12	Inne- wymienić jakie		

.....(Podpis Oferenta)

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

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

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

Adres Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (5 000 godzin lub 46 osób).**Formularz cenowy****Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

..... zł, słownie: zł
 za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych - praca na Bloku Operacyjnym, w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD, w Oddziałach Intensywnej Terapii I oraz II, w Poradni Leczenia Bólu, w Poradni Anestezjologicznej oraz w Zespole Leczenia Bólu

Kwota jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie zamówienia nie będzie wyższa niż 290,00 zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

W przypadku zawarcia umowy (zgodnie z projektem umowy § 5 ust. 1 - załącznik nr 2 do Ogłoszenia), Przyjmujący Zamówienie będzie uprawniony do (stan na dzień ogłoszenia konkursu ofert):

a. dodatkowego wynagrodzenia w związku z udzielaniem świadczeń we wskazanych poniżej procedurach medycznych/ obszarach działalności medycznej w wysokości:

1. 3 000,00 zł – za udział w przeszczepieniu wątroby;
2. 1 720,00 zł - za udział w przeszczepieniu nerki;
3. 712,00 zł - za udział w operacji wady wrodzonej serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla – bez użycia krążenia pozaustrojowego;
4. Procedury medyczne:
 - 780,00 zł - za udział w operacji wady wrodzonej serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla – z użyciem krążenia pozaustrojowego;
 - 780,00 zł - za udział w operacji wady serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dzieci do lat 18;
5. Diagnostyczne cewnikowanie serca/biopsja mięśnia sercowego < 18 r.ż. w Pracowni Interwencji Sercowo – Naczyniowych - Dla osób wykonujących ww. procedurę sfinansowaną przez NFZ lub innego płatnika przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 546 zł dla zespołu za każdą procedurę wykonaną i opłaconą w 100% zgodnie z taryfikatorem NFZ-u.

Podział ww. kwot winien uwzględniać zachowanie poniższego parytetu:

- 66 % ± 5 % dla personelu lekarskiego wraz z kierownikiem zespołu,
- 34 % ± 5 % dla pozostałego personelu;

6. Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18 w Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych - Dla osób wykonujących zabieg w wariantcie przezskórnego zabiegu naprawczego bez użycia zestawów zamykających, gdzie ten zabieg sfinansowany jest przez NFZ lub innego płatnika przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 1 674,00 zł dla zespołu za każdą procedurę wykonaną i opłaconą w 100% zgodnie z taryfikatorem NFZ-u.

KO/CZD/39/26

Podział ww. kwot winien uwzględniać zachowanie poniższego parytetu:

- 66 % ± 5 % dla personelu lekarskiego wraz z kierownikiem zespołu,
- 34 % ± 5 % dla pozostałego personelu;

b. całkowitego wynagrodzenia w związku z udzielaniem świadczeń we wskazanych poniżej procedurach medycznych/ obszarach działalności medycznej w wysokości:

1. 228,00 zł – za znieczulenie do badania MR w programie kompleksowa opieka nad pacjentem pediatrycznym z padaczką;
2. 72,00 zł za kwalifikację do wykonania badania w znieczuleniu ogólnym w programie kompleksowa opieka nad pacjentem pediatrycznym z padaczką;
3. Stawka brutto za każdy punkt rozliczeniowy NFZ za udział przy sanacji jamy ustnej w znieczuleniu ogólnym poza podstawowym czasem pracy;
4. Od 286,00 zł do 714,00 zł (kwota jest uzależniona od rodzaju wykonywanej procedury) za udział w dodatkowej sesji operacyjnej w godzinach popołudniowych, poza czasem pracy ustalonym w harmonogramie, (to jest w godzinach 15.35-21.00);
5. Od 329,00 zł do 821,00 zł (kwota jest uzależniona od rodzaju wykonywanej procedury) za udział przy procedurze chirurgicznej poza obowiązującym czasem pracy w sobotę;
6. 1 680,00 zł za udział w procedurze chirurgicznej – operacji pacjenta z klatką lejkowatą metodą Nussa (zabieg z zastosowaniem krioanalgezji) wykonywanej poza obowiązującym czasem pracy w sobotę;
7. 1 680,00 zł za udział w procedurze embolizacji malformacji naczyniowych OUN wykonywanej poza obowiązującym czasem pracy;
8. 288,00 zł za konsultację pacjenta wymagającego terapii oddechowej z zastosowaniem technik nieinwazyjnego wspomaganie oddechu; kwalifikację do leczenia w programie Kompleksowa opieka nad pacjentem pediatrycznym z Zespołem Obturacyjnego Bezdechu Sennego;
9. 480,00 zł za kwalifikację i leczenie protezą powietrzną PAP/ monitorowanie leczenia: dobór urządzenia do prowadzenia terapii oddechowej, ustawienia parametrów, analiza zapisu nocnego danych z aparatu auto-CPAP, wydanie skierowania na zaopatrzenie medyczne w programie Kompleksowa opieka nad pacjentem pediatrycznym z Zespołem Obturacyjnego Bezdechu Sennego;
10. 840,00 zł za znieczulenie do procedury zabiegowej w Sesji interwencyjnej – zamykania przetrwałego przewodu tętniczego;

W przypadku realizacji świadczeń poza podstawowym czasem pracy Przyjmującego zamówienie przysługuje wynagrodzenie określone w punkcie b, zamiast wynagrodzenia określonego stawką godzinową.

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

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

Kryterium b): Jakość - dotyczy wszystkich Oferentów^{1 2 3} (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

Oświadczam, że posiadam i dołączam do oferty dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu:

Lp.		TAK	NIE
1	medycyny paliatywnej		
2	echa serca		
3	blokad regionalnych pod kontrolą USG		
4	zastosowania USG w ocenie mięszu płucnego		
5	Kaniulacja dużych naczyń pod kontrolą USG		
6	ciągłej terapii nerko zastępczej		
7	ECMO		
8	bronchofiberoskopii		
9	leczenia bólu		

¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.

² W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

³ W przypadku, gdy Oferent przedstawi 2 lub więcej z dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający Zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.

Kryterium c) kompleksowość - dotyczy wszystkich Oferentów

Oświadczam, że czynnie uczestniczę/uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję⁴: **(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

A.	Potwierdzam czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję	<input type="checkbox"/>
B.	Brak czynnego uczestnictwa w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję	<input type="checkbox"/>

⁴ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

Zgoda na przetwarzanie 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) 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

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.

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

⁴ dotyczy wszystkich Oferentów

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 przestępstwu 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 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 przestępstwu 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.