OM/CZD/05/26

OGŁOSZENIE
Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
(dalej zwany „Udzielającym Zamówienia”)
ogłasza konkurs

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie pełnienia dyżurów pod telefonem oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w domu – 3 osoby

1. Przedmiotem konkursu jest Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie pełnienia dyżurów pod telefonem oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w domu – 3 osoby, zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.

KOD CPV: 85121100-4 – Ogólne usługi lekarskie

Zamówienie będzie wykonywane na zlecenie Udzielającego Zamówienie przy pomocy sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie.

2. Zamówienie będzie wykonywane przez 3 osoby zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1 do Ogłoszenia**.** Udzielający zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.

3. Wynagrodzenie za realizację Zamówienia będzie rozliczane miesięcznie przyjmując stawkę za jedną dobę udzielania świadczeń.

4. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia.

5. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia kieruje się kryteriami:

a) cena - Oferent otrzyma największą liczbę punktów za najniższą cenę oferty (maksymalnie 95 punktów);

b) jakość - punkty przyznawane będą za posiadanie udokumentowanego doświadczenia w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych, zgodnie z poniższymi zasadami:

- brak udokumentowanego doświadczenia – **0 punktów**;
- doświadczenie krótsze niż 3 lata – **2 punkty**;
- doświadczenie wynoszące więcej niż 3 lata – **5 punktów**.

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	95 punktów	Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,95 (waga kryterium)
2.	Jakość [1]	5 punktów	Oświadczenie oferenta, że posiada udokumentowane doświadczenie w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych: • brak doświadczenia – 0 punktów; • doświadczenie krótsze niż 3 lata – 2 punkty; • doświadczenie 3 lata i więcej – 5 punktów;

[1] Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych. W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Jakość

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku) spośród ofert niepodlegających odrzuceniu. Maksymalnie Oferent może uzyskać 100 punktów.

6. Ofertę pisemną na formularzu załączonym do ogłoszenia wraz z wymaganymi załącznikami, umieszczoną w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie pełnienia dyżurów pod telefonem oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w domu – 3 osoby

Nie otwierać przed dniem …….16.11…… 2026r., przed godziną 12.00

Oferty należy składać do dnia ……16.11…… 2026r. do godz. 12.00 w siedzibie Zamawiającego w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesłać drogą pocztową na adres Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

7. Oferent jest związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
8. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienia poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia podając nazwę i adres oferenta, który został wybrany.
9. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia wskaże termin i miejsce podpisania umowy.
10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert.
11. Udzielający Zamówienia zamieszcza ogłoszenie zgodnie z art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
12. Sygnaliści - 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.

Dodatkowych informacji o warunkach konkursu udziela w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie przy Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, piętro 1, budynek G, pokój 123, w godz. 08:00 – 15.35, Karolina Szulim, tel. 22 815 -16-78, e-mail: *k.szulim@ipczd.pl*

Załączniki do Ogłoszenia:

- Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
- Wymagania stawiane oferentom (zał. nr 2),
- Formularz ofertowy (zał. nr 3),
- Formularz cenowy (zał. nr 4),
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5),
- Oświadczenie o zamieszkiwaniu (zał. nr 6)
- Oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/ zamieszkiwania (zał. nr 7)
- Istotne postanowienia umowy (zał. nr 8),

Zbigniew Kułaga
Digitally signed by Zbigniew Kułaga
Date: 2026.11.04 11:11:48 +01'00'

……

podpis Udzielającego Zamówienie

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie pełnienia dyżurów pod telefonem oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w domu – 3 osoby.

1. Czas trwania umowy: od daty zawarcia umowy do 30.11.2028r. zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Koordynatora Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej.
2. Zamówienie będzie wykonywane przez 3 osoby.
3. Zamówienie obejmuje udzielanie świadczeń w ramach pracy Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej/Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” przy al. Dzieci Polskich 20, 03-730 w Warszawie.

Obowiązki:

1. Pozostawanie w dyspozycyjności telefonicznej 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę podczas dyżuru miesięcznego - zgodnie z harmonogramem dyżurów miesięcznych zatwierdzonych przez Koordynatora Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej;
2. Konsultacje telefoniczne 24 godziny na dobę w przypadkach awarii sprzętu lub nagłych sytuacjach;
3. Zabezpieczenie konsultacji w domu pacjenta w przypadku wymiany respiratora;
4. Dojazd do pacjenta w przypadku awarii sprzętu oraz powrót.

Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

Przedmiotem zamówienia jest Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie pełnienia dyżurów pod telefonem oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w domu – 3 osoby

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

1.1. 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. 1.1.2, pkt. 1.1.3. oraz 1.1.4);

1.2. Prawo wykonywania zawodu lekarza;

1.3. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

1.4. Aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych- do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

1.5. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych;

1.6. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - nie starsza niż 6 miesięcy; [1]

1.7. Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy Oferentów posiadających obywatelstwo innego państwa niż RP oraz Oferentów zamieszkujących poza RP w ciągu ostatnich 20 lat; [2,3]

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

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

Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełniania warunków, o których mowa w pkt. 1. niniejszego Ogłoszenia:

2. W przypadku osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą:

2.1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;

2.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

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

2.4. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych - do potwierdzenia w formularzu cenowym;

[1] Nie dotyczy Oferentów, którzy ubiegają się o kontynuację współpracy bez przerwy zatrudnienia w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”. W formularzu pn. „Zapytanie o udzielnie informacji o osobie”, w pkt. 11 konieczne jest wskazanie postępowania, w związku z którym zachodzi potrzeba uzyskania informacji o osobie, należy wpisać: Dopuszczenie do działalności związanej z wykonywaniem wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;

3.2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

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

3.4. Warunek nieobowiązkowy (fakultatywny): doświadczenie w pracy w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych -do potwierdzenia w formularzu cenowym;

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

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

- Rubryka 14. Rodzaj działalności leczniczej:.

3- Ambulatoryjne świadczenia 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;

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

w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza wykonującego działalność leczniczą.;

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

3.9. 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;

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;

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

4. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

4.1. formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia

4.2. formularz cenowy – zał. nr 4 do Ogłoszenia

4.3. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia

4.4. Oświadczenie o zamieszkiwaniu – zał. nr 6 do Ogłoszenia

4.5.Oświadczenie o niekaralności w państwie obywatelstwa/zamieszkiwania – 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 -zał. nr 7 do Ogłoszenia

Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełniania wymagań stawianych Oferentom powinny być złożone w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

Formularz ofertowy **Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie pełnienia dyżurów pod telefonem oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w domu – 3 osoby

Dane oferenta

Imię i Nazwisko/Nazwa Firmy ……

Obywatelstwo ……

Nazwisko rodowe ……

Imiona rodziców ……

Numer PESEL ……

Seria i numer dowodu osobistego …… wydany przez ……

Adres: ……

Telefon: ……

E-mail: …… NIP*:……

REGON*: ……

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie pełnienia dyżurów pod telefonem oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w domu – 3 osoby.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie *www.czd.pl*, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał/a w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Posiadam **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.4. Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że przed zawarciem Umowy zobowiązuje się zapoznać ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – dotyczy osób mających po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

……

(data i 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 lekarza		
2	Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji 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)		
6	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej)		
7	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)		
8	Aktualna polisa OC		
9	Informacja z KRK		
10	Inne- wymienić jakie ……		

.....

Podpis Oferenta

Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

Formularz cenowy

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

Oferowane 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

……zł (słownie: ……) za dobę (z zastrzeżeniem, że zamówienie może realizować tylko 1 osoba dziennie/na dobę).

KRYTERIUM b) Jakość [1] - dotyczy wszystkich Oferentów. Punkty przyznawane będą za posiadanie udokumentowanego doświadczenia w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

A.	Nie posiadam doświadczenia w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych	
B.	Posiadam mniej niż 3 lata doświadczenia w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych	
C.	Posiadam więcej niż 3 lata doświadczenia w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych	

[1] Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w pracy z pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych. W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Jakość

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

……., dnia …… …… (podpis Oferenta)

Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

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 ……..

Załącznik nr 6 do Ogłoszenia

……
Imię i nazwisko [4]

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

* nie zamieszkiwałam/-em
* zamieszkiwałam/-em w następujących państwach ……..

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

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

…….
(data i podpis)

*Niepotrzebne skreślić

Pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał 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

Załącznik nr 7 do Ogłoszenia

Oświadczenie [5]

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

Oświadczam, że:

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

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

Oświadczam, że:

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

Jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……
(data i podpis)

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

[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 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.

Załącznik nr 8 do Ogłoszenia

ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

§ 1
Przedmiot Umowy

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki lekarskiej realizowanej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekle wentylowanych w warunkach domowych.
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

§ 2
Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr ……. wydane przez ..... dnia ..... oraz posiada specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz oświadcza, że nie ma ograniczonego ani zawieszonego prawa wykonywania zawodu.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich (jeśli dotyczy).
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego Zamówienie, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w Umowie i tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z Umową.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem. Niedopuszczalna jest praca ciągła w wymiarze przekraczającym 24 godziny, tylko wyjątkowe okoliczności mogą uzasadniać przekroczenie tego limitu. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa, jest Koordynator Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej i Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci bądź osoba go zastępująca.
6. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Koordynatora Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej i Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci bądź osobę go zastępującą.
7. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w ust. 5, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienie, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić z krótszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
8. Udzielający Zamówienia nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron Umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych Harmonogramem.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:

a) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa,

z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów, do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi usługami medycznymi w ramach niniejszej umowy;

b) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;

c) Współpracować z 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) 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 Koordynatora Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej i Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci 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 wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie;

i) Wystawiać świadczeniobiorcom zwolnienia lekarskie, recepty oraz inne druki lub zaświadczenia (*jeśli dotyczy*);

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).*

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

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

12.Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które nie są pacjentami Udzielającego Zamówienia.
13.Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
14.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie;
b) zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Kopie dokumentów o których mowa powyżej, 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";
15.Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
16.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia, w szczególności ukierunkowanych na poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Ponad to Przyjmujący Zamówienie zobowiązuję 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.
17.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”;
18.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.
19.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".
20. 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.

§ 3

Kontrola realizacji zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli, wykonywanej przez Udzielającego Zamówienie, Narodowy Fundusz Zdrowia i inne uprawnione organy oraz podmioty, dotyczącej w szczególności dostępności, jakości i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej, gospodarowania środkami, przestrzegania praw pacjenta, a w związku z tym Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia wszelkich dokumentów, danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości w zakresie, w szczególności:
a) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
b) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
c) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
d) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
e) realizacji zaleceń pokontrolnych;
f) czasu pracy.

§ 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.:
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 jedną dobę dyspozycyjności pod telefonem w zakresie udzielania konsultacji telefonicznych oraz konsultacji w miejscu zamieszkania pacjenta (z zastrzeżeniem, że zamówienie może realizować tylko 1 osoba dziennie/na dobę)
b) **w łącznej wysokości: 110,00 zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta do 49 km**
c) **w łącznej wysokości: 220,00 zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta od 50 km do 150 km**
d) **w łącznej wysokości: 330,00 zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta od 150 km do 250 km**
e) **w łącznej wysokości: 440,00 zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta od 250 km do 350 km**
f) **w łącznej wysokości: 550,00 zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta powyżej 350 km**

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

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, będą wystawiane i wysyłane 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 wysłania 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 wysłania 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 wysłania poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie. Postanowienia ust. 6 nie znajdują zastosowania do zasad wystawiania faktur dotyczących dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 10.
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 ograniczenia systemu KSeF w zakresie możliwości dodawania załączników stanowiących potwierdzenie realizacji usług, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przekazywać suplementy i inne załączniki potwierdzające wykonanie usług za pomocą narzędzi udostępnionych przez Udzielającego zamówienia.

§ 5

Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:

a) w sytuacji niezapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego Zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości 2% łącznej wartości umowy, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie;

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 Koordynatora Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej i Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci lub Zastępcę Dyrektora ds. Klinicznych zdarzenie;

d) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 Umowy – w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie;

e) Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 2 ust. 10 w wysokości 500 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 zł (sto złotych) *(jeśli dotyczy);*

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

h) w przypadku udostępnienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego innej osobie, skanowania kart innych osób lub wszelkich działań sprzecznych z zasadami używania indywidualnego identyfikatora, w wysokości 1 000 zł (słownie: jeden tysiąc złotych) za każde stwierdzone naruszenie;

i) w przypadku zgubienia indywidualnego identyfikatora pracowniczego i wydania duplikatu karty w wysokości 20 zł (słownie: dwadzieścia złotych);

2. W przypadku zakwestionowania przez NFZ zasadności lub celowości wydania recepty wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie odpowiada on do wysokości kwoty zwracanej do NFZ wraz z odsetkami.

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

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

§ 6

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od daty zawarcia umowy do 30.11.2028r.** 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 § 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 w przypadku gdy:

a) przez Udzielającego Zamówienie, gdy utraci on zaufanie do Przyjmującego Zamówienie;

b) przez Udzielającego Zamówienie, gdy w związku z wykonywaniem Umowy wpłyną do Udzielającego Zamówienie przynajmniej dwie uzasadnione skargi dotyczące Przyjmującego Zamówienie;

c) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienia mająca wpływ na wykonywanie Umowy;

d) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmiana zapotrzebowania Udzielającego Zamówienie na świadczenia objęte Umową;

e) przez Udzielającego Zamówienie, gdy zmianie ulegną zasady lub warunki finansowania świadczeń zdrowotnych, mające wpływ na możliwość lub zasadność dalszej realizacji Umowy;

f) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmiana struktury organizacyjnej Udzielającego Zamówienie, w szczególności dojdzie do likwidacji, połączenia, przekształcenia lub reorganizacji komórki organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia objęte Umową;

g) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmiana zakresu lub rodzaju świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Udzielającego zamówienie;

h) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi powierzenie wykonywania świadczeń objętych Umową innemu podmiotowi lub zwiększenie zakresu świadczeń udzielanych przez inne osoby lub podmioty;

i) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi zmniejszenie wartości lub zakresu umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z NFZ, w zakresie dotyczącym świadczeń objętych Umową;

j) przez Przyjmującego Zamówienie w przypadku wystąpienia istotnych okoliczności po jego stronie powodujących niemożność realizacji Umowy;

k) zmiany przepisów prawa, wymagań NFZ lub innych warunków prawnych dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli wpływa ona na sposób lub zakres realizacji Umowy;

l) przez Udzielającego Zamówienie, gdy nastąpi ograniczenia działalności leczniczej Udzielającego Zamówienia, w tym czasowego lub stałego ograniczenia działalności komórki organizacyjnej, której dotyczy Umowa.

2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie rażąco narusza istotne postanowienia Umowy, 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, dopuści się czynu nieuczciwej konkurencji, o których mowa w § 8, naruszy postanowienia Umowy, naruszy prawa pacjenta, naruszy przepisy dotyczące ochrony danych osobowych lub inne istotne dla wykonywania Umowy przepisy prawa;

c) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo (lub nastąpi jego uprawdopodobnienie), które uniemożliwia dalszą realizację Umowy lub powoduje utratę zaufania Udzielającego Zamówienie;

d) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia, możliwości 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 lub gdy wykonane badanie wskaże wynik dodatni;
g) Przyjmujący Zamówienie nie przedstawi umowy odpowiedzialności cywilnej na wezwanie Udzielającego zamówienie w terminie 7 dni od wezwania;
h) Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienie nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje związane z realizacją niniejszej Umowy;
i) Przyjmujący Zamówienie zgodnie z § 2 ust. 18 nie przedstawi dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta w przeciągu 3 miesięcy od daty zawarcia Umowy;
j) Przyjmujący Zamówienie, nie posiadający 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.
3. Powyższe postanowienia dotyczą zarówno osób fizycznych, osób prowadzących jednoosobową praktykę lekarską oraz osób prawnych.

§ 10
Postanowienia końcowe

1. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowi właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
2. Załączniki do Umowy stanowić będą jej integralną część.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

Załączniki:
Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia
Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)
Załącznik nr 3: Formularz cenowy
Załącznik nr 4: Oświadczenie dotyczące zachowania poufności
Załącznik nr 5: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w IPCZD (jeśli dotyczy)

…… ……

Przyjmujący Zamówienie **Udzielający Zamówienia**

Załącznik nr 4 do Umowy

Zał. nr 4 do Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w IPCZD

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 przedstawiająca wizję, misję i strategię i kierunki rozwoju Instytutu,
12. zasadami komunikacji obowiązującymi w IPCZD oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....

(data i podpis)