

**KONKURS OFERT**

**Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie**  
działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.  
o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.)  
**ogłasza konkurs ofert na:**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” - 2 Zadania.**

**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](http://www.czd.pl) – 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 /FAX. 22 815-75-90, e-mail: [k.szulim@ipczd.pl](mailto:k.szulim@ipczd.pl)

**2. Opis przedmiotu zamówienia** Udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie z anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” - 2 Zadania.

Zadanie 1: CPV: 85121100- 4 Ogólne usługi lekarskie

Zadanie 2: CPV: 85121100- 4 Ogólne usługi lekarskie

**3. Udzielający Zamówienie nie dopuszcza składania ofert częściowych.**

**4. Termin wykonania zamówienia: Zadanie 1 : 15.01.2021r. -30.04.2021r. ; Zadanie 2 : 15.01.2021r. – 31.03.2021r.**

**5. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:**

- a) Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia,
- b) Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza,
- c) Posiada specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub jest w trakcie specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii,
- d) Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;
- e) DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Posiada dokument potwierdzający uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;

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

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

- a) Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza,
- b) Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub kartę szkolenia specjalizacyjnego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii,
- c) Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
- d) DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;

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

- a) Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza,
- b) Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub kartę szkolenia specjalizacyjnego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii,

- c) Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych -do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
  - d) DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;
  - e) Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy.
  - f) Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w *Rodzaj* działalności leczniczej i praktyki zawodowej:
    - Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:
      - 1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;
    - Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:
      - 93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
      - 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
      - 98 – indywidualna praktyka lekarza lub
      - 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza;
  - g) Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych: -75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza wykonującego działalność leczniczą,
- 5.1.3. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie)**
- a) Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
  - b) Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub kartę szkolenia specjalizacyjnego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
  - c) Oświadczenie oferenta, iż osoba wyznaczona przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
  - d) DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem;
  - e) Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kryterium pn. jakość) osoby /osób wyznaczonych do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w Załączniku nr 4.1.
  - f) Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
  - g) Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w *Rodzaj* działalności leczniczej i praktyki zawodowej:
    - w Rubryce 15. Rodzaj działalności leczniczej
      - 1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;
    - Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:
      - 97 – grupowa praktyka lekarska;
  - h) Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych: -75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

**5.1.4. W przypadku podmiotów leczniczych**

- a) Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielenia świadczeń objętych zamówieniem,
- b) Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii lub kartę szkolenia specjalizacyjnego z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- c) Oświadczenie oferenta, iż osoba wyznaczona przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- d) DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem;
- e) Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kryterium pn. jakość) osoby /osób wyznaczonych do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w Załączniku nr 4.1.
- f) Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy lub odpis z właściwego rejestru KRS nie starszy niż 6 miesięcy,
- g) Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) - nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej:  
W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:
  - w rubryce 26. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie pomiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych  
1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH
  - w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej  
HC. 1.1 – Leczenie stacjonarne  
01 Anestezjologia i intensywna terapia
- h) Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych: 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust.1 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej, wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8, pkt. 1, lit. a ustawy;

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

**6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:**

- a) formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia,
- b) formularz cenowy – zał. nr 4 do Ogłoszenia,
- c) wykaz personelu - zał. nr 4.1. do Ogłoszenia,
- d) zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia : **5 A:** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich, **5 B:** dotyczy podmiotów leczniczych.

**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, w wersji elektronicznej lub faksem.
- 3. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego Zamówienie o wyjaśnienie treści Ogłoszenia przed upływem terminu na składanie ofert.

4. Osoby uprawnione do porozumiewania się z Oferentami:

**Karolina Szulim – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń,**

**Tel.: +48 22 815-16-78, fax: +48 22 815-75-90, e-mail: [k.szulim@ipczd.pl](mailto:k.szulim@ipczd.pl); [praca.kliniczna@ipczd.pl](mailto:praca.kliniczna@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 odrzucenia oferty. Złożenie oferty alternatywnej skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez Oferenta lub przez osobę upoważnioną do jego reprezentowania. W przypadku podpisywania oferty przez osobę/osoby posiadające pełnomocnictwa, dokumenty pełnomocnictwa muszą być dołączone do oferty w oryginale lub w notarialnie uwierzytelnionej kopii.
4. Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty (a nie kartki) wraz z załącznikami były jednoznacznie ponumerowane i spięte.

**9. Miejsce i termin składania ofert**

1. Oferty należy składać w nieprzejrystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **22.01.2021 r. do godz. 11:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienie, budynek G, I piętro, pok. 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 w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” – Zadanie nr .....  
nr sprawy KO/CZD/42/20***

***Nie otwierać koperty przed dniem 22.01.2021r. do godziny 11.00***

i opatrzone nazwą oraz dokładnym adresem Oferenta. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnej z w/w opisem ponosi Oferent.

3. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Udzielającego Zamówienie przed upływem terminu wyznaczonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Instytutu.
4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi 22.01.2021 r. godz. 11:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 22.01.2021 r. 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 - 99 punktów
  - b) Jakość - 1 punkt

Razem max do uzyskania 100 punktów

L.p	Nazwa kryterium	Waga kryterium punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	99 punktów	Najniższa zaoferowana cena oferty/ Cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,99
2.	Jakość	1 punkt	Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 d) Ogłoszenia: A. <u>Nie uczestniczyłam/em</u> w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii - 0 punktów B. <u>Uczestniczyłam/em</u> w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii - 1 punkt

2. Najkorzystniejszą ofertą będzie 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;
  - h) złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Oddział wojewódzki Funduszu umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.
2. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów (z wyłączeniem formularza cenowego w zakresie kryterium cena) lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wezwie oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
3. W przypadku gdy Oferent złoży dokumenty (CEIDG, KRS, RPWDL), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienia są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienie jeśli będzie to możliwe uzyska je samodzielnie z ogólnodostępnych baz danych.
4. Udzielający zamówienia unieważni postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
  - a) nie wpłynęła żadna oferta;
  - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;
  - c) odrzucono wszystkie oferty;
  - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
  - e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

5. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

#### **12. Udzielenie zamówienia**

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

#### **13. Istotne postanowienia umowy**

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

#### **14. Środki ochrony prawnej przysługujące Przyjmującym Zamówienie**

1. Przyjmującym Zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienie, unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania Przyjmujący Zamówienie może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń (bud. G – I p.) oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora Udzielającego Zamówienie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

**Załączniki:**

- 1) Szczegółowy zakres zamówienia (zał. nr 1),
- 2) Istotne postanowienia umowy (zał. nr 2),
- 3) Formularz ofertowy (zał. nr 3)
- 4) Formularz cenowy (zał. nr 4)
- 5) Wykaz personelu (zał. 4.1.)
- 6) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5)- **5 A:** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich, **5 B:** dotyczy podmiotów leczniczych

Warszawa, dnia ..... r.

.....  
*podpis Udzielającego Zamówienia*

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” - 2 Zadania.

**Zadanie 1**

•Czas trwania umowy: 15.01.2021r. - 30.04.2021r.

•Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę

•Zamówienie obejmuje udzielanie świadczeń w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym

• Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym będzie wynosić od 24 do 75 godzin miesięcznie.

**Obowiązki:**

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą i zasadami postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz zapisami umowy z NFZ i innymi płatnikami.
2. 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.
3. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w trakcie znieczulenia oraz w Oddziałach Intensywnej Terapii.
4. Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD.
5. Wykonywanie świadczeń przy zachowaniu i poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach umowy świadczeniami zdrowotnymi.
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.
7. Udział w szkoleniach i konferencjach na podstawie skierowania przez Zamawiającego.
8. Pełną odpowiedzialność za szkody powstałe w skutek niewykonania lub nienależnego wykonania świadczeń lekarskich.
9. Poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizacji umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych zawartej pomiędzy zamawiającym a NFZ, w tym przedstawienie odpowiednich dokumentów oraz udzielenie wszelkich niezbędnych informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.



**Zadanie 2**

•Czas trwania umowy: 15.01.2021r. - 31.03.2021r.

•Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę

•Zamówienie obejmuje udzielanie świadczeń w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym

• Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym będzie wynosić od 48 do 125 godzin miesięcznie.

**Obowiązki:**

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą i zasadami postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz zapisami umowy z NFZ i innymi płatnikami.
2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe w trakcie wizyty przedoperacyjnej i kwalifikacja anestezjologiczna 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.
3. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w trakcie znieczulenia oraz w Oddziałach Intensywnej Terapii.
4. Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD.
5. Wykonywanie świadczeń przy zachowaniu i poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach umowy świadczeniami zdrowotnymi.
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.
7. Udział w szkoleniach i konferencjach na podstawie skierowania przez Zamawiającego.
8. Pełną odpowiedzialność za szkody powstałe w skutek niewykonania lub nienależnego wykonania świadczeń lekarskich.
9. Poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizacji umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych zawartej pomiędzy zamawiającym a NFZ, w tym przedstawienie odpowiednich dokumentów oraz udzielenie wszelkich niezbędnych informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.

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

1. Przedmiotem umowy, zwanym dalej Zamówieniem, jest realizacja przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” . Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.
2. Powierzone czynności Przyjmujący Zamówienie wykonywać będzie w czasie uzgodnionym z Udzielającym zamówienie zgodnie z §2 stosownie do potrzeb wynikających z zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych w liczbie dla Zadania 1 od 24 do 75 godzin miesięcznie / dla Zadania 2 od 48 do 125 godzin miesięcznie (*niewłaściwe skreślić*).
3. Faktyczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych może być mniejsza dla Zadania 1 od 24 / dla Zadania 2 od 48 (*niewłaściwe skreślić*) tylko w szczególnych przypadkach opisanych w umowie.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr ..... wydane przez..... z dnia ..... i specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii / jest w trakcie specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii (*niewłaściwe skreślić*) oraz oświadcza, iż nie ma ograniczonego ani zawieszonoego prawa wykonywania zawodu.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada zgodne z aktualną wiedzą medyczną niezbędne umiejętności do wykonywania Zamówienia.
6. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich.

**§ 2****Harmonogram pracy**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:
  - a) Udzielać świadczeń zdrowotnych w Oddziale Intensywnej Terapii 1 i w Oddziale Intensywnej Terapii 2 w terminach uzgadnianych każdorazowo z Kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii bądź osobą go zastępującą; Udzielać świadczeń zdrowotnych na Bloku operacyjnym w terminach uzgadnianych każdorazowo z Kierownikiem Bloku Operacyjnego bądź osobą go zastępującą;
  - b) W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy, 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;
  - c) Udzielający Zamówienia nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń w terminach dodatkowych 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;

**§ 3****Obowiązki Stron**

1. 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.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:
  - a) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym

- zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi usługami medycznymi w ramach niniejszej umowy. ;
- b) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
  - c) Współpracować z lekarzami oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienie;
  - d) Przekazywania indywidualnego dozymetru co 3 miesiące Inspektorowi Ochrony Radiologicznej IPCZD, 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.
  - e) 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.
  - f) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na, nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień.;
  - g) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, a także przepisów porządkowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów w Oddziale Intensywnej Terapii 1 i w Oddziale Intensywnej Terapii 2 jest Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii bądź osoba go zastępująca. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów obowiązujących na Bloku Operacyjnym jest Kierownik Bloku Operacyjnego bądź osoba go zastępująca.
  - h) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji lub serwisach internetowych i mediach społecznościowych, dotyczących przedmiotowo wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się czytelnie prowadzić 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.
4. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
5. 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;
6. 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.
7. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienia wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
8. 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 posiadania aktualnych badań profilaktycznych oraz orzeczenia dla badań sanitarno-epidemiologicznych z aktualnymi danymi, 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) Przestrzegania udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia obowiązujących procedur z zakresu bhp.
  - d) Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że recepty uzyskane za pośrednictwem Udzielającego Zamówienie wykorzystywane będą wyłącznie w celu ordynowania pacjentom Udzielającego zamówienia leków, środków spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych w Instytucie - "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka". Ponadto Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zna postanowienia regulujące zasady refundacji recept przez NFZ.

## § 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) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
  - b) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
  - c) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
  - d) gospodarowania użytowanymi sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - e) realizacji zaleceń pokontrolnych.
3. Udzielający Zamówienia może poprzez wyznaczone, działające w jego imieniu osoby kontrolować Przyjmującego Zamówienie w dowolnym czasie pod kątem obecności
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie niniejszej Umowy.

## § 5

**Należność za realizację zamówienia**

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości ..... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń.

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

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 dostarczone do 5 dnia każdego miesiąca na podstawie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych stanowiących suplement do faktury lub rachunku. Suplementy, o których mowa potwierdza Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub osoba przez niego upoważniona oraz Kierownik Bloku Operacyjnego lub osoba przez niego upoważniona. Wzór suplementu stanowi Załącznik nr 5 do niniejszej umowy.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu lub jego braku, wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki za opóźnienie w płatnościach.
5. Za datę dostarczenia faktury Udzielającemu Zamówienia uznaje się datę przyjęcia faktury potwierdzonej 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 przedstawiając z rachunkiem oświadczenie o aktualnej sytuacji w zakresie ubezpieczeń społecznych. W przypadku złożenia błędnego oświadczenia o którym mowa w zdaniu poprzednim czy też ustalenia innego stanu faktycznego w zakresie obowiązków opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych skutkującego powstaniem niedopłaty w

zakresie składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się je zwrócić Udzielającemu Zamówienia.

8. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie, o którym mowa w ust. 1, jest rozumiane jako całościowy koszt, jaki Udzielający Zamówienia poniesie w związku ze świadczeniem Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie, zawierający w szczególności wynagrodzenie brutto, składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez Udzielającego Zamówienia oraz fundusz pracy. Kwota ta będzie stała bez względu na to, czy Udzielający Zamówienia będzie odprowadzał z wynagrodzenia składki na ubezpieczenie społeczne czy też nie.
9. Punkty 7, 8 niniejszego paragrafu nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą.

## **§ 6**

### **Kary umowne**

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:
  - a) za niewykonanie świadczeń objętych Umową z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wysokości dwukrotnej wartości niewykonanych świadczeń,
  - b) za naruszenie postanowień § 9 lub 10 Umowy w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 5 ust. 1 zdanie drugie,
  - c) Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w §3 ust. 3 w wysokości 200,00 zł brutto za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie.
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 z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu Zamówienia kwoty równej nałożonej karze z ew. odsetkami.
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 **dla Zadania 1 od 15.01.2021r. do 30.04.2021r., dla Zadania 2 od 15.01.2021r. do 31.03.2021r.** lub do wyczerpania kwoty, o której mowa w §5 ust. 1.
2. Umowa wygasa samoistnie z chwilą zaistnienia jednej z okoliczności, o których mowa w ust. 1.

## **§ 8**

### **Rozwiązanie Umowy**

1. Umowa może zostać rozwiązana w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego lub na mocy porozumienia stron;
2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
  - a) w wyniku kontroli własnej lub organu zewnętrznego, zostanie stwierdzone niewykonywanie Umowy lub jej wadliwe wykonanie. Za wadliwe wykonanie Umowy strony uznają wykonanie świadczenia niezgodne z zapisami Umowy, przepisami prawa lub zasadami udzielania świadczeń w świetle aktualnej wiedzy medycznej, a w szczególności polegające na ograniczeniu dostępności świadczeń, zawężaniu ich zakresu lub złej jakości świadczeń;
  - b) Przyjmujący Zamówienie nie dopełni obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej lub służbowej, albo dopuści się czynu nieuczciwej konkurencji, o których mowa w § 9;
  - c) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy;
  - d) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia lub kwalifikacje konieczne dla realizacji Umowy;
  - e) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpi do realizacji Umowy;
  - f) Przyjmujący Zamówienie odmówi poddania się badaniu na zawartość alkoholu lub środków odurzających, gdy zachodzi podejrzenie ich użycia;

- g) Przyjmujący Zamówienie nie przedstawił 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.
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 Zamówienia;
  - b) rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia.

## **§ 10**

### **Ochrona danych osobowych**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania przy wykonywaniu Umowy zasad wynikających z przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, w szczególności zobowiązuje się, z zastrzeżeniem sytuacji przewidzianych w obowiązujących przepisach prawa, zachować w tajemnicy dane osobowe, do przetwarzania, których zostanie upoważniony przez Udzielającego Zamówienia oraz sposoby zabezpieczenia tych danych, a w szczególności nie ujawniać i nie przekazywać ich osobom trzecim oraz nie wykorzystywać w innych celach, niż wynikające z wykonania Umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapoznać z polityką bezpieczeństwa i zasadami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia. Zapisy te znajdują się w zarządzeniu nr 29/18 dostępnym w Intranecie oraz w Dziale Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania i ochrony powierzonych danych osobowych zgodnie z oświadczeniem o poufności, które jest Załącznikiem nr 4 A do niniejszej umowy, które dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich. W przypadku podmiotów leczniczych Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania i ochrony powierzonych danych osobowych.
3. Jeżeli Przyjmującym Zamówienie jest Podmiot Leczniczy, to może on w celu należytej realizacji umowy powierzyć dane osobowe do dalszego przetwarzania innym osobom (współpracownikom na podstawie umów cywilnoprawnych) jedynie po upoważnieniu tych osób przez Przyjmującego Zamówienia do przetwarzania danych osobowych powierzonych przez Udzielającego Zamówienia, zgodnie z art. 28 ust 3 pkt. b) RODO.

## **§ 11**

### **Postanowienia końcowe**

1. W zakresie nieuregulowanym Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
2. 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

**KO/CZD/42/20**

właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.

3. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

Załączniki:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia;

Załącznik nr 2: Formularz cenowy

Załącznik nr 3: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 4: Oświadczenie o poufności

Załącznik nr 5: Wzór suplementu do faktury lub rachunku

.....  
**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
**Udzielający Zamówienia**

## OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI

Ja .....  
nr PESEL.....  
imiona rodziców .....  
nazwisko rodowe .....  
zam. przy ulicy ..... kod ..... w .....  
ur. dnia ..... w .....  
legitymująca/y się dowodem osobistym serii ..... nr ..... lub innym dokumentem  
tożsamości o numerze.....

w związku z obecnością na terenie Instytutu „Pomnik -Centrum Zdrowia Dziecka”  
w Warszawie w celu realizacji Umowy nr ..... zawartej dnia .....

niniejszym oświadczam, że:

- zapoznałem/am się i będę stosował/a przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz 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 (RODO).

- nie będę pozyskiwać, zapoznawać się, gromadzić, przetwarzać ani przekazywać jakichkolwiek danych osobowych, w tym danych wrażliwych m.in. medycznych, które znajdują się w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, w innych celach niż określone w Umowie.

Oświadczam jednocześnie, że jestem świadoma/y, iż w przypadku naruszenia powyższych zapisów, będę odpowiedzialny/a za szkodę powstałą z tego tytułu, co wiąże się z koniecznością zapłaty odszkodowania w wysokości powstałej szkody.

Niniejsze oświadczenie obowiązuje na czas nieokreślony po zakończeniu Umowy.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis





## Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

Nazwa: INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

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

## FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

Imię i Nazwisko lub nazwa firmy pod którą działa Oferent		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/ mieszkania	
NIP*		
REGON*		
nr dowodu osobistego	Seria .....numer..... wydany przez.....	
PESEL		
Nazwisko rodowe		
Imiona rodziców		
adres email		
telefon		

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”:

- Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
- 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](http://www.czd.pl), w zakładce Konkursy ofert - ust. o działalności leczniczej i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
- Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
- Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
- Posiadam / Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne**.
- Posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.d). Ogłoszenia.

....., dnia .....

.....  
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

\* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą;

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE:**

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

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: .....

Adres Przyjmującego Zamówienie: .....

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Formularz cenowy - Zadanie 1****Kryterium: cena (należy uzupełnić)**

Nazwa świadczenia	Wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń	Maksymalna miesięczna liczba godzin do przepracowania	Czas trwania umowy - w miesiącach	Łączna kwota świadczenia w PLN brutto
	1 (Wypełnia Oferent)	2	3	4=1x2x3 (Wypełnia Oferent)
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii	..... PLN  .....  (słownie)	75	4	.....  PLN
<b>WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA</b>				..... PLN

**Kryterium : Jakość**

Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 d) Ogłoszenia **(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

A.	Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 e) Ogłoszenia	<input type="checkbox"/>
B.	Przedstawiam dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 e) Ogłoszenia	<input type="checkbox"/>

Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym będzie skutkowałą odrzuceniem oferty.

....., dnia .....

.....  
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE:**

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

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: .....

Adres Przyjmującego Zamówienie: .....

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”****Formularz cenowy - Zadanie 2****Kryterium: cena (należy uzupełnić)**

Nazwa świadczenia	Wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń	Maksymalna miesięczna liczba godzin do przepracowania	Czas trwania umowy - w miesiącach	Łączna kwota świadczenia w PLN brutto
	1 (Wypełnia Oferent)	2	3	4=1x2x3 (Wypełnia Oferent)
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii	..... PLN ..... (słownie)	125	3	..... PLN
<b>WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA</b>				..... PLN

**Kryterium : Jakość**

Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 d) Ogłoszenia (**należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X**):

A.	<u>Nie uczestniczyłam/em</u> w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii	<input type="checkbox"/>
B.	<u>Uczestniczyłam/em</u> w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii	<input type="checkbox"/>

Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym będzie skutkowałą odrzuceniem oferty.

....., dnia .....

.....  
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

a) **Kryterium : jakość - Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy-** dotyczy osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych:

<b>L.p.</b>	<b>Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia</b>	Oświadczenie o dodatkowych udokumentowanych kwalifikacjach zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy <sup>1</sup>	
		<i>należy zaznaczyć odpowiedź poprzez postawienie znaku X</i>	
<b>Imię i nazwisko</b>		<u>Nie uczestniczyła</u> w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii	<u>Uczestniczyła</u> w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu asortymentowo - cenowym informacji o tym, iż personel wyznaczony do udzielania świadczeń jest autorem lub współautorem publikacji w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

....., dnia .....

.....  
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

<sup>1</sup> Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

**5 A**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych** - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich

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.....

**5 B**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych** - dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany.....

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis .....