

OGŁOSZENIE

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 2016 r. poz. 1638)
ogłasza konkurs ofert na:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów 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 www.czd.pl > w zakładce Konkursy poza ust. PZP > Konkursy ofert na podstawie ustawy o działalności leczniczej

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

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

2. Opis przedmiotu zamówienia

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

Zadanie 1 będzie wykonywane przez 15 osób, miejscem udzielania świadczeń będą Oddziały Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny i inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie;

Zadanie 2 będzie wykonywane przez 10 osób

- a) w liczbie od 80 do 180 godzin miesięcznie zgodnie z zadeklarowanym miejscem udzielania świadczeń w Oddziałach Intensywnej Terapii **i/lub** na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD.
- b) w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie zgodnie z zadeklarowanym miejscem udzielania świadczeń w Oddziałach Intensywnej Terapii **lub** na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD.

Zadanie nr 1 :CPV: 85121100- 4 Ogólne usługi lekarskie

Zadanie nr 2 :CPV: 85121100- 4 Ogólne usługi lekarskie

3. Udzielający Zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych.

4. Termin wykonania zamówienia: dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2 : od 01.04.2021r. do 31.03.2023r.

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

1. Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638) i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia (dotyczy pkt. 5.1.2, pkt. 5.1.3. oraz 5.1.4.)
2. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza;
3. Posiada specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;
4. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;
5. W przeciągu ostatnich 3 lat z Oferentem nie została rozwiązana umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia z powodu nierzetelnego wykonywania świadczeń;

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

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;
2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;
3. Oświadczenie Oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. Oświadczenie Oferenta, iż w przeciągu ostatnich 3 lat nie została rozwiązana z Nim umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia z powodu nierzetelnego wykonywania świadczeń- do potwierdzenia w formularzu ofertowym

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;
2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;
3. Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Oświadczenie Oferenta, iż w przeciągu ostatnich 3 lat nie została rozwiązana z Nim umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia z powodu nierzetelnego wykonywania świadczeń - do potwierdzenia w formularzu ofertowym
5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
6. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.
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 w dziedzinie Anestezjologia i intensywna terapia lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie Anestezjologia i intensywna terapia lub

98 – indywidualna praktyka lekarza w dziedzinie Anestezjologia i intensywna terapia lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarza w dziedzinie Anestezjologia i intensywna terapia ;

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.

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby/osób wyznaczonej/yh przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii osoby/osób wyznaczonej/yh przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem;
3. 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;
4. Oświadczenie Oferenta, iż z osobą/ami wyznaczoną/yymi przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przeciągu ostatnich 3 lat nie została rozwiązana umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia z powodu nierzetelnego wykonywania świadczeń - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
5. Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takie jak: publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor główny/współautor w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (kryterium pn. jakość) osoby/osób wyznaczonej/yh do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w Załączniku nr 4.1.
6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.
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;

8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych: -75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;

5.1.4. W przypadku podmiotów leczniczych:

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza osoby/osób wyznaczonej/ych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii osoby/osób wyznaczonej/ych przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem;
3. 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;
4. Oświadczenie Oferenta, iż z osobą/ami wyznaczoną/yymi przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przeciągu ostatnich 3 lat nie została rozwiązana umowa w zakresie objętym przedmiotem zamówienia z powodu nierzetelnego wykonywania świadczeń- do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
5. Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takie jak: publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW jako autor główny/współautor w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (kryterium pn. jakość) osoby/osób wyznaczonej/ych do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w Załączniku nr 4.1.
6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy;
7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) - nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej:

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

- w rubryce 2. 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

7. 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, opatrzone podpisem Oferenta.

6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

1. formularz ofertowy

- a) zał. nr **3a** do Ogłoszenia- dotyczy Zadania nr 1, miejscem udzielania świadczeń będą Oddziały Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny i inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie
- b) zał. nr **3b** do Ogłoszenia- dotyczy Zadania nr 2, miejscem udzielania świadczeń będą Oddziały Intensywnej Terapii i/lub Blok Operacyjny oraz inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD w liczbie od 80 do 180 godzin miesięcznie

2. formularz cenowy

- a) zał. nr **4a** do Ogłoszenia- dotyczy Zadania nr 1, miejscem udzielania świadczeń będą Oddziały Intensywnej

KO/CZD/09/21

Terapii, Blok Operacyjny i inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD w liczbie od 180 do 260 godzin

- b) zał. nr **4b** do Ogłoszenia- dotyczy Zadania nr 2, miejscem udzielania świadczeń będą Oddziały Intensywnej Terapii i/lub Blok Operacyjny i/lub inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD w liczbie od 80 do 180 godzin miesięcznie

3. wykaz personelu - zał. nr **4.1.** do ogłoszenia - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych

4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr **5** do Ogłoszenia : **5a:** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich, **5b:** dotyczy wyłącznie 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, e-mail: k.szulim@ipczd.pl;**

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

8. Opis sposobu przygotowania oferty

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

9. Miejsce i termin składania ofert.

1. Oferty należy składać w nieprzejrzystym, zamkniętym opakowaniu do dnia 16.03.2021r. do godz. 11:00 w siedzibie Udzielającego Zamówienie, budynek G, I piętro, pokój 123 – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń.
2. Opakowanie zawierające ofertę powinno być zaadresowane:

**INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”
Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń
Al. Dzieci Polskich 20; 04-730 Warszawa**

oraz oznakowane następująco:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"- Zadanie nr.....
– nr sprawy KO/CZD/09/21”**

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.

KO/CZD/09/21

4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi 16.03.2021r. godz. 11:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 19.03.2021r. 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 - 98 punktów
 - b) Jakość - 2 punkty
- Razem max do uzyskania 100 punktów

| Lp. | Nazwa kryterium | Waga kryterium w punktach | Sposób punktowania |
|-----|-----------------|---------------------------|--|
| 1. | Cena | 98 punktów | Najniższa zaoferowana cena oferty/Cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,98 |
| 2. | Jakość | 2 punkty | Publikacje w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii jako autor główny/współautor* ¹ : A. Brak publikacji – 0 punktów B. 1-4 publikacje w czasopiśmie – 1 punkt C. Więcej niż 5 publikacji w czasopiśmie – 2 punkty |

**W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż jest autorem lub współautorem publikacji w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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

11. Rozstrzygnięcie konkursu

1. Udzielający Zamówienia odrzuci ofertę:
 - a) złożoną przez Oferenta po terminie;
 - b) zawierającą nieprawdziwe informacje;
 - c) jeżeli Oferent nie wypełnił informacji o cenie za świadczenie zgodnie z formularzem cenowym będącym załącznikiem nr 4 do Ogłoszenia;
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
 - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów (z wyłączeniem formularza cenowego w zakresie kryterium cena) lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wezwie oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
3. W przypadku gdy Oferent złoży dokumenty (wydruk z CEIDG, wydruk z RPWDL), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienia są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienie jeśli będzie to możliwe uzyska je samodzielnie z ogólnodostępnych baz danych.

¹ Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

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 dla Zadania 1 (zał. nr 3a)
- 4) Formularz ofertowy dla Zadania 2 (zał. nr 3b)
- 5) Formularz cenowy dla Zadania 1 (zał. nr 4a)
- 6) Formularz cenowy dla Zadania 2 (zał. nr 4b)
- 7) Wykaz personelu (zał. 4.1.)- dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych
- 8) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5)- 5a: dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich, 5b: dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych

.....
podpis Udzielającego Zamówienia

Szczegółowy Zakres Zamówienia**Zadanie 1**

Przedmiotem zamówienia jest udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych są:

1. Oddziały Intensywnej Terapii IPCZD
2. Blok Operacyjny oraz inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD

Termin wykonania zamówienia: od 01.04.2021r. do 31.03.2023r.

Liczba osób wykonujących zamówienie: 15

Miesięczny wymiar czasu pracy wynosi od 180 do 260 godzin.

Zamówienie obejmuje:**I. Zakres zadań wykonywanych w ramach umowy**

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres posiadanej specjalizacji zgodnie z aktualną wiedzą i zasadami postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz zapisami umowy z NFZ i innymi płatnikami.
2. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w Oddziałach Intensywnej Terapii.
3. Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w IPCZD.
4. Wykonywanie świadczeń przy zachowaniu i poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach umowy świadczeniami zdrowotnymi.
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.
6. Nadzorowanie i kontrolowanie wykonywania pracy lekarzy nie posiadających tytułu specjalisty: lekarzy stażystów, lekarzy rezydentów.
7. Udział w szkoleniach i konferencjach na podstawie skierowania przez Udzielającego Zamówienia.
8. Pełną odpowiedzialność za szkody powstałe w skutek niewykonania lub nienależnego wykonania świadczeń lekarskich.

II. Zakres zadań szczególnych wykonywanych na terenie Bloku Operacyjnego, a także w innych punktach znieczuleń

1. 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.
2. Znieczulenia i opiekę okołoperacyjną nad pacjentami.
3. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w trakcie znieczulenia.

Zadanie 2

Przedmiotem zamówienia jest udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych są:

1. Oddziały Intensywnej Terapii IPCZD i /lub
2. Blok Operacyjny i inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD

Termin wykonania zamówienia: od 01.04.2021r. do 31.03.2023r.

Liczba osób wykonujących zamówienie: 10

Miesięczny wymiar czasu pracy wynosi od 80 do 180 godzin lub od 180 do 260 godzin- zgodnie ze złożoną ofertą (*niewłaściwe skreślić*).

Zamówienie obejmuje:

I. Zakres zadań wykonywanych w ramach umowy

1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres posiadanej specjalizacji zgodnie z aktualną wiedzą i zasadami postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz zapisami umowy z NFZ i innymi płatnikami.
2. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w Oddziałach Intensywnej Terapii.
3. Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w IPCZD.
4. Wykonywanie świadczeń przy zachowaniu i poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach umowy świadczeniami zdrowotnymi.
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.
6. Nadzorowanie i kontrolowanie wykonywania pracy lekarzy nie posiadających tytułu specjalisty: lekarzy stażystów, lekarzy rezydentów.
7. Udział w szkoleniach i konferencjach na podstawie skierowania przez Udzielającego Zamówienia.
8. Pełną odpowiedzialność za szkody powstałe w skutek niewykonania lub nienależnego wykonania świadczeń lekarskich.

II. Zakres zadań szczególnych wykonywanych na terenie Bloku Operacyjnego, a także w innych punktach znieczuleń

1. 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.
2. Znieczulenia i opiekę okołoperacyjną nad pacjentami.
3. Sprawowanie rzetelnej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną opieki nad pacjentami w trakcie znieczulenia.

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

1. Przedmiotem umowy, zwanym dalej Zamówieniem, jest realizacja przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”:
 - a. **Zadanie 1:** w oddziałach intensywnej terapii, na Bloku Operacyjnym i w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD
 - b. **Zadanie 2:** w oddziałach intensywnej terapii i/lub na Bloku Operacyjnym i w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD (*nieprawidłowe skreślić*).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. Przyjmujący Zamówienie deklaruje udzielanie świadczeń w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie (Zadanie 1) lub od 80 do 180 godzin/od 180 do 260 godzin (Zadanie 2) miesięcznie (*niewłaściwe skreślić*). Szczegóły dotyczące harmonogramu uregulowane są w §2.
3. Faktyczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych może być mniejsza od 180 (Zadanie 1)/80 (Zadanie 2) (*niewłaściwe skreślić*) tylko w szczególnych przypadkach opisanych w umowie. Zlecenie przez Udzielającego Zamówienie mniejszej liczby godzin w danym miesiącu kalendarzowym nie rodzi żadnych roszczeń ze strony Przyjmującego zamówienie.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr wydane przez..... z dnia i specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz oświadcza, iż nie ma ograniczonego ani zawieszzonego 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. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania harmonogramu jest Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii bądź osoba go zastępująca. Harmonogram musi mieć akceptację Kierownika Bloku Operacyjnego, w zakresie wykonywania znieczuleń.
2. Harmonogram pracy ustalany jest na okres nie krótszy niż 1 miesiąc, w uzgodnieniu z Przyjmującym Zamówienie z wyprzedzeniem 30 dniowym.
3. Harmonogram wymaga zatwierdzenia przez osoby wskazane w ust. 1 w terminie do 20. dnia miesiąca poprzedzającego.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczenia zdrowotne zgodnie z Harmonogramem.
5. Dobowy wymiar czasu pracy wynosi od 6 do 24 godzin. Niedopuszczalne jest łączenie zmian pracy 1 lekarza w wymiarze przekraczającym 24 godziny. Harmonogram będzie zakładał gotowość Przyjmującego Zamówienie do realizacji przedmiotu umowy w oddziałach intensywnej terapii, bloku operacyjnym oraz w punktach znieczuleń w dni powszednie w godzinach 08:00-15:35 w wymiarze minimum 50% miesięcznej liczby godzin.
6. Przyjmujący Zamówienie może zgłosić potrzebę zmiany harmonogramu z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem. Zmiany w harmonogramie wymagają akceptacji i zatwierdzenia osób wskazanych w ust. 1.
7. Udzielający Zamówienia może dokonać zmiany harmonogramu w dzień poprzedzający wykonywanie zlecenia zgodnie z harmonogramem za zgodą Przyjmującego Zamówienie.
8. Udzielający Zamówienia może dokonać zmiany harmonogramu w trakcie trwania pracy, poprzez skrócenie czasu pracy wynikającego z harmonogramu o maksymalnie 1 godzinę maksymalnie raz w tygodniu.
9. W sytuacji nie dającej się przewidzieć Udzielający Zamówienia może zmienić harmonogram w trakcie wykonywania świadczenia wydłużając lub skracając ten czas o w sumie 5% (zaokrąglając do pełnej rozpoczętej

- godziny) godzin ujętych w harmonogramie danego miesiąca.
10. Postanowienia ust. 2 nie wykluczają możliwości udzielania świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego harmonogramu świadczeń w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron niniejszej umowy.
 11. Przyjmujący Zamówienie nie może w terminach i w czasie wynikającym z harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych udzielać świadczeń zdrowotnych na rzecz innych podmiotów.
 12. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienia, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić bez zachowania wyprzedzenia wskazanego w zdaniu poprzednim. W takim wypadku wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
 13. Przyjmujący Zamówienie ma prawo do nieświadczenia usług w wymiarze nie większym niż 4 tygodnie w roku kalendarzowym (tydzień oznacza 7 kolejnych dni kalendarzowych począwszy od poniedziałku). W tym okresie miesięczna liczba godzin deklarowana w umowie jako gotowość jest proporcjonalnie pomniejszana.
 14. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do punktualnego stawiania się w miejscu wykonywania świadczeń zdrowotnych i pozostawania w nim przez czas ich wykonywania z godnie z ustalonym harmonogramem.
 15. Przyjmującemu Zamówienie nie wolno opuścić miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych pomimo zakończenia udzielania tych świadczeń zdrowotnych przed upływem czasu wynikającego z harmonogramu, chyba że taką potrzebę wyraziła osoba wskazana w ust. 1
 16. Nieuzasadniona odmowa udzielania świadczeń będzie skutkować nałożeniem na Przyjmującego Zamówienie kary umownej w wysokości określonej w § 6 ust. 1 lit. a).

§3

Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienia. Przyjmujący Zamówienie będąc w gotowości pozostaje w miejscu wykonywania świadczeń tj. na terenie Instytutu lub innym wskazanym przez Udzielającego Zamówienia miejscu.
2. W czasie pozostawania w gotowości Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do noszenia aktywnych środków komunikacji indywidualnej, które pozwolą koordynować ich pracę, przez osoby za to odpowiedzialne.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego Zamówienia, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w Umowie i tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z Umową.
4. 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) stosować się do zarządzeń wewnętrznych Udzielającego Zamówienia o charakterze organizacyjnym, przestrzegać przepisów o ochronie danych osobowych, porządkowych i innych wynikających z obowiązujących aktów prawnych oraz regulaminów Udzielającego Zamówienia. Informacje opisane w zdaniu poprzednim będą przesyłane Przyjmującemu Zamówienie na wskazany przez niego adres e-mail, przekazany osobom zgodnie z **§ 2 ust 1 w terminie do 5 dni od zawarcia umowy.**
 - c) dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienia;
 - d) realizować polecenia osób odpowiedzialnych za zarządzanie komórką organizacyjną, w której wykonywane są świadczenia (w szczególności oddziały intensywnej terapii oraz blok operacyjny);
 - e) przestrzegać zasad współdziałania z innymi lekarzami i pozostałym personelem medycznym oraz przestrzegania norm zachowań ustalonych u Udzielającego Zamówienia;
 - f) przekazywać indywidualny dozymetr 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.

- g) 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.
 - h) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na, nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień.;
 - i) znać i przestrzegać przepisy ppoż. i BHP obowiązujące u Udzielającego Zamówienia, dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów jest Kierownik Kliniki Anestezjologii i intensywnej terapii bądź osoba zastępująca go.
 - j) 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.
5. 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.
6. Udzielający Zamówienie zapewnia Przyjmującemu Zamówienie organizację świadczeń umożliwiającą wypełnianie standardów określonych w odpowiednich przepisach. Udzielający Zamówienia zapewnia aparaturę, sprzęt, materiały medyczne i leki umożliwiające świadczenie zgodnie z obowiązującą praktyką, zaleceniami i odpowiednimi przepisami. Niespełnianie powyższych warunków zwalnia Przyjmującego Zamówienie od obowiązku świadczenia, poza sytuacjami zagrażającymi utratą życia lub ważnych narządów.
7. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
8. 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;
9. 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.
10. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienia wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
- a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie z wyłączeniem odzieży ochronnej, którą zobowiązany jest zapewnić Udzielający Zamówienia;
 - 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) Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że recepty wystawiane w imieniu 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". 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

KO/CZD/09/21

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

2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości w zakresie, w szczególności:
 - a) rzetelnego udzielania świadczeń;
 - b) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
 - c) przestrzegania harmonogramu udzielania świadczeń
 - d) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
 - e) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
 - f) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - g) realizacji zaleceń pokontrolnych.
3. Udzielający Zamówienia może poprzez wyznaczone, działające w jego imieniu osoby kontrolować Przyjmującego Zamówienie w dowolnym czasie pod kątem obecności i realizacji świadczeń zgodnie z harmonogramem.
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. Strony postanawiają, że za wykonane świadczenia Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie (*niewłaściwe skreślić*):
 - a. Zadanie nr 1 w wysokości zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie w Oddziałach Intensywnej Terapii, na Bloku Operacyjnym i w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD zgodnie ze złożoną ofertą
 - b. Zadanie nr 2 w wysokości zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w liczbie od 80 do 180 godzin miesięcznie/lub od 180 do 260 godzin miesięcznie w Oddziałach Intensywnej Terapii i/lub na Bloku Operacyjnym i w innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD zgodnie ze złożoną ofertą

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 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 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 Zamówienia.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienia.
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 pkt. 7 czy też ustalenia innego

KO/CZD/09/21

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) w sytuacji nie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego Zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości podwójnej stawki godzinowej za każdą godzinę nieobecności na podstawie zatwierdzonego harmonogramu przez Strony . Kary nie nalicza się, jeżeli Przyjmujący Zamówienie wskaże osobą na zastępstwo spośród innych lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, świadczących usługi na rzecz Udzielającego Zamówienia
 - b) w przypadku udaremnienia lub utrudnienia kontroli, audytów wewnętrznych lub wizytacji akredytacyjnych w wysokości 1000 zł za każdy incydent
 - c) za naruszenie postanowień § 9 lub 10 Umowy w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 5 ust. 1 zdanie drugie.
 - d) Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w §3 ust. 5 w wysokości 500,00 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 lub innego płatnika zewnętrznego z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie lub w przypadku nakazu zwrotu nienależnie przekazanych wartości świadczeń wynikających z negatywnej weryfikacji za nie wykonanie świadczeń zdrowotnych, za przedstawienie do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niecelowych świadczeń, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu Zamówienia należności do kwoty, za którą odpowiedzialność ponosi Przyjmujący Zamówienie.
4. Udzielający Zamówienie zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

§ 7

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje od 01.04.2021r. do 31.03.2023r. 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 2-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego lub na mocy porozumienia stron;
2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
 - a) w wyniku kontroli własnej lub organu zewnętrznego, zostanie stwierdzone niewykonywanie Umowy lub jej wadliwe wykonanie. 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;

KO/CZD/09/21

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

§ 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 Zamówienie. 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 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.

§ 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 sądownie.

KO/CZD/09/21

właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.

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

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia;

Załącznik nr 2: Formularz cenowy

Załącznik nr 3: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 4: Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych- dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich

Załącznik nr 5: Suplement do faktury/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

FORMULARZ OFERTOWY dla Zadania nr 1 - miejscem udzielania świadczeń będą Oddziały Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny i inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

| | | | |
|---|---|--|--------------------------------|
| Imię i Nazwisko lub nazwa firmy pod którą działa Oferent | | | |
| ADRES | Kod pocztowy | | Miejscowość |
| | Ulica | | Nr domu/ mieszkania |
| REGON* | | | |
| NIP* | | | |
| nr dowodu osobistego | Serianumer..... 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 specjalistów 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, w zakładce *O Instytucie* 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. 5.4. Ogłoszenia.
- Oświadczam, iż w przeciągu ostatnich 3 lat nie została rozwiązana umowa ze mną/z Osobą wyznaczoną do realizacji przedmiotu zamówienia, w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, z powodu nierzetelnego wykonywania świadczeń – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.
- Oświadczam, iż będę/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia będzie udzielać świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Intensywnej Terapii IPCZD oraz na Bloku Operacyjnym IPCZD i w innych punktach znieczuleń.

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

* informacje wymagane dla osób nieprowadzących działalności gospodarczej,

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

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

FORMULARZ OFERTOWY dla Zadania nr 1

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 z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii | | |
| 3 | Formularz ofertowy (załącznik nr 3a do Ogłoszenia) | | |
| 4 | Formularz cenowy (załącznik nr 4a do Ogłoszenia) | | |
| 5 | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia)- dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych | | |
| 6 | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich | | |
| 7 | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych | | |
| 8 | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) | | |
| 9 | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) | | |
| 10 | Aktualna polisa OC | | |
| 11 | Inne- wymienić jakie | | |

..... Podpis Oferenta

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

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

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

Adres Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**FORMULARZ CENOWY dla Zadania nr 1 - miejscem udzielania świadczeń będą Oddziały Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny i inne punkty znieczuleń znajdujące się w lokalizacji IPCZD w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie****Kryterium a): cena (należy uzupełnić)**

| Numer zadania | Nazwa świadczenia | Oferowana cena za godzinę udzielania świadczeń w PLN brutto | Maksymalna liczba godzin do zrealizowania w miesiącu | Czas trwania umowy w miesiącach | Łączna wartość świadczeń w PLN brutto |
|---------------------------|--|---|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| | | 1 <i>(wypełnia oferent)</i> | 2 | 3 | 1x2x3=4 <i>(wypełnia oferent)</i> |
| 1 | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii | PLN Słownie: | 260 | 24 | PLN |
| WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA | | | | PLN | |

Kryterium b): jakość

Oświadczam, iż jestem autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii²:

(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

| | | |
|----|--|--------------------------|
| A. | Brak publikacji | <input type="checkbox"/> |
| B. | 1-4 publikacje w czasopismach | <input type="checkbox"/> |
| C. | Więcej niż 5 publikacji w czasopismach | <input type="checkbox"/> |

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

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

² Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

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

Załącznik nr 3b do Ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY dla Zadania nr 2-

a)w liczbie od 80 do 180 godzin miesięcznie zgodnie z zadeklarowanym miejscem udzielania świadczeń w Oddziałach Intensywnej Terapii i/lub na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD.

b)w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie zgodnie z zadeklarowanym miejscem udzielania świadczeń w Oddziałach Intensywnej Terapii lub na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD.

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

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

* informacje wymagane dla osób, które prowadzą działalność gospodarczą,

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów 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, w zakładce *O Instytucie* 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. 5.4. Ogłoszenia.

KO/CZD/09/21

7. Oświadczam, iż w przeciągu ostatnich 3 lat nie została rozwiązana umowa ze mną/z Osobą wyznaczoną do realizacji przedmiotu zamówienia, w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, z powodu nierzetelnego wykonywania świadczeń – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.

8. Oświadczam, iż będę/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia będzie udzielać świadczeń zdrowotnych **(należy wybrać preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

| | <i>TAK</i> | <i>NIE</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) w liczbie od 80 do 180 godzin miesięcznie zgodnie z zadeklarowanym miejscem udzielania świadczeń w Oddziałach Intensywnej Terapii i/lub na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie zgodnie z zadeklarowanym miejscem udzielania świadczeń w Oddziałach Intensywnej Terapii lub na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

***należy zakreślić miejsce/a udzielania świadczeń**

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

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

FORMULARZ OFERTOWY dla Zadania nr 2

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 z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii | | |
| 3 | Formularz ofertowy (załącznik nr 3b do Ogłoszenia) | | |
| 4 | Formularz cenowy (załącznik nr 4b do Ogłoszenia) | | |
| 5 | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia)- dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych | | |
| 6 | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich | | |
| 7 | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych | | |
| 8 | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) | | |
| 9 | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) | | |
| 10 | Aktualna polisa OC | | |
| 11 | Inne- wymienić jakie | | |

..... Podpis Oferenta

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

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

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

Adres Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**FORMULARZ CENOWY dla Zadania nr 2 -**

a)w liczbie od 80 do 180 godzin miesięcznie zgodnie z zadeklarowanym miejscem udzielania świadczeń w Oddziałach Intensywnej Terapii i/lub na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD.

b)w liczbie od 180 do 260 godzin miesięcznie zgodnie z zadeklarowanym miejscem udzielania świadczeń w Oddziałach Intensywnej Terapii lub na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń znajdujących się w lokalizacji IPCZD

Kryterium a): cena (należy uzupełnić)

| Numer zadania | Nazwa świadczenia | Oferowana cena za godzinę udzielania świadczeń w PLN brutto | Maksymalna liczba godzin do zrealizowania w miesiącu zgodnie z oświadczeniem zawartym w formularzu ofertowym | Czas trwania umowy w miesiącach | Łączna wartość świadczeń w PLN brutto |
|---------------------------|--|---|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| | | 1 (wypełnia oferent) | 2 | | |
| 1 | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii | PLN Słownie: | 180 / 260 | 24 | PLN |
| WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA | | | | | PLN |

Kryterium b): jakość

Oświadczam, iż jestem autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii³:

(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

| | | |
|----|--|--------------------------|
| A. | Brak publikacji | <input type="checkbox"/> |
| B. | 1-4 publikacje w czasopismach | <input type="checkbox"/> |
| C. | Więcej niż 5 publikacji w czasopismach | <input type="checkbox"/> |

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

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

³ Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

1. Kryterium b) : 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:

| L.p. | Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Oświadczam, iż personel wyznaczony do udzielania świadczeń jest autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii ⁴ | | |
|------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| | | <i>należy zaznaczyć odpowiedź poprzez postawienie znaku X</i> | | |
| IMIĘ I NAZWISKO | | Brak publikacji | 1-4 publikacje w czasopismach | Więcej niż 5 publikacji w czasopismach |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |

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 czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.

....., dnia

.....
(podpis Oferenta)

⁴ Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

5a

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

5b

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany.....

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

Podpis