

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 lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekłe wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania – 2 osoby.

1. Udzielający Zamówienie

INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

Al. Dzieci Polskich 20

04-730 Warszawa

Dane do kontaktu:

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

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

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

Katarzyna Karczewska, tel.: +48 22 815-11-18 /FAX. 22 815-75-90, e-mail: katarzyna.karczewska@ipczd.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia

CPV: 85121100- 4 Ogólne usługi lekarskie

3. Udzielający Zamówienie nie dopuszcza składania ofert częściowych.

4. Termin wykonania zamówienia: od 01.05.2021r. do 30.04.2024r. (maksymalnie dyspozycja na 9 dyżurów miesięcznych w czasie trwania umowy)

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 5 letnie doświadczenie w pracy po uzyskaniu specjalizacji;
5. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;

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 anestezjologii i intensywnej terapii;
3. Posiadanie 5 letniego doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - 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 anestezjologii i intensywnej terapii;
3. Posiadanie 5 letniego doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
7. Wydruk z 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:
 - 3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- 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
 - 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania w dziedzinie Anestezjologia i intensywna terapia lub
 - 98 - indywidualna praktyka lekarska lub
 - 99 - indywidualna specjalistyczna 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.

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 wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
3. Posiadanie 5 letniego doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. 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;
5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
6. Wydruk z 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:
 - 3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:
 - grupowa praktyka lekarska,

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 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 wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
2. Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem;
3. Posiadanie 5 letniego doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem- do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. 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;

5. 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;
6. Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą - nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej:

W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:

- w rubryce 28. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie pomiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych

- 3 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH

- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej HC.1.3.5 Leczenie w domu pacjenta

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 poświadczonej za zgodność z oryginałem, opatrzone podpisem Oferenta.

6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

1. formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia
2. formularz cenowy – zał. nr 4 do Ogłoszenia
3. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia : **1 A:** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich, **1 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:

Katarzyna Karczeńska – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń,

Tel.: +48 22 815-11-18 /FAX. 22 815-75-90, e-mail: katarzyna.karczeńska@ipczd.pl; 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 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.

- Oferty należy składać w nieprzejrzystym, zamkniętym opakowaniu do dnia21.04.2021.....r. do godz. 11:00 w siedzibie Udzielającego Zamówienie, budynek G, I piętro, pokój 123 – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń.
- 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 lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania
- nr sprawy KO/CZD/15/21"**

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

- 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.
- Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
- Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi21.04.2021... r. godz. 11:30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
- Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia28.04.2021... r. Z zastrzeżeniem możliwości przedłużenia terminu przez Udzielającego Zamówienie z powodów proceduralnych.

10. Kryteria wyboru oferty i sposób oceny

- Przy wyborze oferty Komisja Konkursowa kierować się będzie następującymi kryteriami:
 - Cena - 98 punktów
 - Jakość - 2 punkty

Razem max do uzyskania 100 punktów

L.p.	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 czasopismach punktowanych przez MNiSW w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii jako autor główny/współautor ¹ : A. Brak publikacji – 0 punktów B. 1-4 publikacje w czasopismach – 1 punkt C. Więcej niż 5 publikacji w czasopismach – 2 punkty

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.

- Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów, za wszystkie ocenione łącznie kryteria.
- Świadczenia zdrowotne udzielane będą zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie.

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

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 KRS, wydruk z RPWDL), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienie 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 Przyjmującemu 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

.....
podpis Udzielającego Zamówienia

Szczegółowy Zakres Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania – 2 osoby.

Opis Przedmiotu Zamówienia

Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania – 2 osoby.

1. Czas trwania umowy: 01.05.2021 r. - 30.04.2024 r. (maksymalnie dyspozycja na 9 dyżurów miesięcznych w czasie trwania umowy) zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Koordynatora Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej.
2. Zamówienie będzie wykonywane przez 2 osoby.
3. Zamówienie obejmuje udzielanie świadczeń w ramach pracy Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej/Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” przy al. Dzieci Polskich 20, 03-730 w Warszawie.

Obowiązki:

1. Pozostawanie w dyspozycyjności telefonicznej 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę podczas dyżuru miesięcznego - maksymalnie przez 9 miesięcy w czasie trwania umowy (zgodnie z harmonogramem dyżurów miesięcznych zatwierdzonych przez Koordynatora Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej;
2. Konsultacje telefoniczne 24 godziny na dobę w przypadkach awarii sprzętu lub nagłych sytuacjach;
3. Zabezpieczenie konsultacji w domu pacjenta w przypadku nagłej wymiany respiratora;
4. Dojazd do pacjenta w sytuacjach nagłych i w przypadku awarii sprzętu oraz powrót.

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 opieki lekarskiej realizowanej w prowadzeniu pacjentów Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych w warunkach domowych**. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr oraz oświadcza, iż nie ma ograniczonego ani zawieszonego prawa wykonywania zawodu.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
4. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczenia usług, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich.
5. W uzasadnionych przypadkach braku możliwości wykonywania zamówienia, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest powiadomić o tym fakcie Udzielającego Zamówienie nie później niż 7 dni przed udzieleniem świadczenia. W szczególnych przypadkach (zdarzenia losowe oraz nagłe zachorowania), gdy nie jest możliwe dochowanie powyższego terminu, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest powiadomić Udzielającego Zamówienie niezwłocznie.

§ 2**Obowiązki Stron**

1. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie wykonywać będzie w miejscu zamieszkania pacjenta i przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej stanowiących własność Udzielającego Zamówienie.
2. 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.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:
 - a) Udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem, uzgodnionym wspólnie przez Strony Umowy;
 - b) W przypadku zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w lit. a), Przyjmujący Zamówienie niezwłocznie powiadomić Udzielającego Zamówienie, nie później niż na 7 dni przed planowanym udzieleniem świadczeń zgodnie z Harmonogramem, o niemożliwości realizacji świadczeń ze wskazaniem ich przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić w terminie krótszym niż wskazany w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane będzie szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym;
 - c) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa m.in. przepisami Ustawy o działalności leczniczej dnia 15 kwietnia 2011 r., Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r., Ustawy o Instytutach badawczych z dnia 30 kwietnia 2010 r., Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. oraz z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej;
 - d) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
 - e) Prowadzić sprawozdawczość statystyczną na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz współpracy z Udzielającym Zamówienie w tym zakresie oraz dostarczać je do siedziby Udzielającego Zamówienia w terminie nie później niż do 7 dnia każdego miesiąca
 - f) Współpracować z lekarzami oraz innym personelem medycznym Udzielającego Zamówienie;

- g) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienie każdy konflikt interesów i każdy inny fakt przeszkadzający, utrudniający lub uniemożliwiający należyte wykonywanie postanowień Umowy;
 - h) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na wykonanie, nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień wraz z sugestią co do proponowanych rozwiązań;
 - i) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, i dotyczących ochrony środowiska, a także przepisów porządkowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie;
 - j) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji lub Internecie, dotyczących przedmiotowo wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie.
4. Postanowienia ust. 3 lit. a) Umowy, nie wykluczają możliwości udzielania świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron Umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych Harmonogramem.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić czytelną dokumentację medyczną i sprawozdawczość statystyczną według zasad obowiązujących w podmiotach leczniczych, a w szczególności według zasad ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, korzystając z narzędzi udostępnionych przez Udzielającego Zamówienie.
6. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
7. 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;
 - d) Powiadamiania Przyjmującego Zamówienie o terminach świadczeń dodatkowych, o których mowa w ust. 4, z wyprzedzeniem umożliwiającym wykonanie tych świadczeń.
8. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia: wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które nie są pacjentami Udzielającego Zamówienia.
9. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
10. Przyjmujący Zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy:
- a) odzież roboczą i odzież ochronną;
 - b) posiadanie aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania Zamówienia;
 - c) posiadanie aktualnego szkolenia z zakresu bhp.

§ 3

Kontrola realizacji zamówienia

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

3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do sporządzania i przedkładania Udzielającemu Zamówienie sprawozdań z wykonanych świadczeń w danym miesiącu w formie i terminie uzgodnionym z Udzielającym Zamówienie, nie później jednak niż w terminie przedłożenia Udzielającemu Zamówienie faktury/ rachunku.
4. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do odbioru sprawozdań, o których mowa w ust. 3, i bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa w § 2 ust. 3 lit. a), jest Kierownik Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej lub Koordynator Długoterminowej Opieki Domowej.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów w ramach prowadzonej przez niego działalności nie wpłynie na jakość i ilość świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.

§ 4

Należność za realizację zamówienia

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości:
 - **Zadanie 1 – zł brutto za każdy miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta (.....).**

W przypadku konieczności skorzystania z prywatnego środka transportu, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie z tytułu wyjazdu służbowego w wysokości:

- zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta do 49 km
- zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta od 50 km do 150 km
- zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta od 150 km do 250 km
- zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta od 250 km do 350 km
- zł brutto za wyjazd i konsultację pacjenta powyżej 350 km

Łączna wartość umowy wynosi: zł brutto (słownie: 00/100 brutto)

2. Z tytułu używania prywatnego samochodu w związku z konsultowaniem pacjentów w miesiącach wyznaczonych do udzielania świadczeń, Przyjmującemu Zlecenie przysługuje zwrot kosztów dojazdu w wysokości 0,8358 zł brutto za kilometr. Zwrot kosztów nastąpi na podstawie na podstawie Ewidencji przebiegu (załącznik nr 5 umowy).
3. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy, wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku. Wynagrodzenie za wykonaną pracę będzie naliczane proporcjonalnie do liczby wizyt u pacjentów w miesiącu, szczegółowo określonych w Załączniku nr 1 do umowy oraz Harmonogramie o którym mowa w § 2 ust. 3 lit. a) niniejszej umowy.
4. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2, wystawiane i dostarczone będą do 5. dnia każdego miesiąca na podstawie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych wraz z podaniem liczby godzin udzielania świadczeń, po ich potwierdzeniu przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienie. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu, 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, m.in. przedstawiając z rachunkiem za każdy miesiąc oświadczenie oraz aktualne zaświadczenia od innych płatników składek na ubezpieczenie społeczne, w takiej sytuacji składki na ubezpieczenie społeczne nie zostaną potrącone.
8. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie, o którym mowa w ust. 1, jest rozumiane jako całościowy koszt, jaki Udzielający Zamówienie poniesie w związku ze świadczeniem Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie, zawierający w szczególności wynagrodzenie brutto, składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez Udzielającego Zamówienia oraz fundusz pracy. Kwota ta będzie stała bez względu na to, czy Udzielający Zamówienia będzie odprowadzał z wynagrodzenia składki na ubezpieczenie społeczne czy też nie.

9. Punkty 7 i 8 niniejszego paragrafu dotyczą osób nie prowadzących działalności gospodarczej, chyba że przepisy przewidują potrącanie i odprowadzenie tych składek również wobec osób prowadzących działalność gospodarczą, w szczególności dotyczy to sytuacji, gdy Przyjmujący Zamówienie pozostaje w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia.

§ 5

Odpowiedzialność za wykonywanie zamówienia

1. W przypadku zakwestionowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykonanych świadczeń, w wyniku niewłaściwego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie zadań i obowiązków wynikających z Umowy, skutkującego brakiem rozliczenia zakwestionowanego świadczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Przyjmujący Zamówienie zwróci Udzielającemu Zamówienia wynagrodzenie pobrane z tytułu wykonania zakwestionowanego świadczenia.

§ 6

Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:
- a) za niewykonanie świadczeń objętych Umową z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienia w wysokości dwukrotnego wynagrodzenia za niewykonanie świadczeń zdrowotnych.
 - b) za naruszenie postanowień § 1 ust.5 Umowy – w wysokości równowartości wynagrodzenia za niewykonane świadczenia.
 - c) za naruszenie postanowień § 9 lub 10 Umowy w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie.
2. Udzielający Zamówienia 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 01.05.2021 r. do 30.04.2024 r.** lub do wyczerpania łącznej wartości umowy, o której mowa w §4 ust. 1.
2. Umowa wygasa samoistnie z chwilą zaistnienia jednej z okoliczności, o których mowa w ust. 1.

§8

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
- a) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - b) w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego;
 - c) na mocy porozumienia stron.
2. Udzielający Zamówienia może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym:
- a) w wyniku kontroli własnej lub organu zewnętrznego, zostanie stwierdzone niewykonywanie Umowy lub jej wadliwe wykonanie, a w szczególności polegające na ograniczeniu dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu lub złą jakość świadczeń;
 - b) Przyjmujący Zamówienie nie dopełni obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej lub służbowej, albo dopuści się czynu nieuczciwej konkurencji, o których mowa w § 9;
 - c) W przypadku śmierci pacjenta,
 - d) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy;
 - e) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia lub kwalifikacje konieczne dla realizacji Umowy;
 - f) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpi do realizacji Umowy;

- g) Przyjmujący Zamówienie odmówi poddania się badaniu na zawartość alkoholu lub środków odurzających, gdy zachodzi podejrzenie ich użycia;
 - h) Przyjmujący Zamówienie nie przedstawił umowy odpowiedzialności cywilnej na wezwanie Udzielającego zamówienie w terminie 7 dni od wezwania
 - i) 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 na 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 i obowiązujących przepisów.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapoznać z polityką bezpieczeństwa i zasadami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie.

§ 11

Postanowienia końcowe

1. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
2. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część, z zastrzeżeniem, że zmiana załączników nie stanowi zmiany Umowy.

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: Ewidencja przebiegu pojazdu.

.....
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:

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	Serianumer..... wydany przez.....	
PESEL		
Nazwisko rodowe		
Imiona rodziców		
adres email		
telefon		

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekłe wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania

- 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 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.
- Posiada / Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne**.
- Posiada / Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **5-letnie doświadczenie w pracy po uzyskaniu specjalizacji** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
- Posiada/ 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. 5.5. Ogłoszenia.

....., dnia

.....
(podpis Oferenta)

* informacje wymagane dla osób nieprowadzących działalności gospodarczej,

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 3 do Ogłoszenia)		
4	Formularz cenowy (załącznik nr 4 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

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 lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania**Formularz cenowy****Kryterium A): Cena (należy uzupełnić)**

L.p.	Nazwa świadczenia	Liczba miesięcy w czasie trwania umowy	Cena świadczenia brutto (PLN)	Wartość zamówienia brutto (PLN)
		1	2 (Wypełnia oferent)	3=1x2 (Wypełnia oferent)
1.	Miesięczna stawka wynagrodzenia za udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania	9		A. PLN
2*.	Wyjazd i konsultacja pacjenta do 49 km	9		B. PLN
3*.	Wyjazd i konsultacja pacjenta od 50 km do 150 km	9		C. PLN
4*.	Wyjazd i konsultacja pacjenta od 150 km do 250 km	9		D. PLN
5*.	Wyjazd i konsultacja pacjenta od 250 km do 350 km	9		E. PLN
6*.	Wyjazd i konsultacja pacjenta powyżej 350 km	9		F. PLN
			WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA (A+B+C+D+E+F)	 PLN

* Wynagrodzenie będzie przyznane Oferentowi w przypadku konieczności skorzystania z prywatnego środka transportu.

KRYTERIUM B): Jakość (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):Oświadczam, iż jestem autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii²:

A.	Brak publikacji	☐
B.	1-4 publikacje w czasopismach	☐
C.	Więcej niż 5 publikacji w czasopismach	☐

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.

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

....., dnia

.....
(podpis Przyjmującego Zamówienie)² Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia

1. 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:

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 ³		
		<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.				

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)

³ 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