



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

ogłasza konkurs na:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa na rzecz pacjentów IPCZD zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.
KOD CPV: 85121270-6 - Usługi psychiatryczne lub psychologiczne
2. Zamówienie będzie wykonywane w siedzibie Udzielającego Zamówienie przy pomocy sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie.
3. Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1 do Ogłoszenia.
4. Wynagrodzenie za realizację Zamówienia będzie rozliczane miesięcznie przyjmując stawkę za godzinę udzielania świadczeń.
5. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
6. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia kieruje się kryterium ceny - Oferent otrzyma największą liczbę punktów za najniższą cenę oferty, w kryterium jakości Oferent otrzyma największą liczbę punktów na podstawie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia, takich jak: Certyfikat potwierdzający ukończenie kursu pt. Terapia poznawczo behawioralna dzieci i młodzieży i/lub zaświadczenie o ukończonym szkoleniu nt. metod pracy z dziećmi z autyzmem i/lub dokument równoważny.

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	98 punktów	Najniższa zaofferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,98
2.	Jakość	2 punkty	Posiadanie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia: <u>A. Przedstawiam</u> udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe wymienione w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia – 2 punkty <u>B. Nie przedstawiam</u> udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia – 0 punktów

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymieniony dokument.

W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.



W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia oraz ich nie przedstawi, Udzielający zamówienia nie przyzna punktów w kryterium pn. jakość.

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

7. Ofertę pisemną na formularzu załączonym do ogłoszenia wraz z wymaganymi załącznikami, umieszczoną w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:
**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa na rzecz pacjentów IPCZD”
nr sprawy OM/CZD/09/21. Nie otwierać przed dniem^{01.06.2021r.}....., przed godziną 12.00.”**
Oferty należy składać do dnia^{01.06.2021r.}... do godz. 12.00 w siedzibie Zamawiającego w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesłać drogą pocztową na adres Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.
8. Oferent jest związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
9. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienia poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia podając nazwę i adres oferenta, który został wybrany.
10. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia wskaże termin i miejsce podpisania umowy.
11. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert.
12. Udzielający Zamówienia zamieszcza ogłoszenie zgodnie z art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

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

Załączniki do Ogłoszenia:

- Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
- Wymagania stawiane oferentom (zał. nr 2),
- Formularz ofertowy i formularz cenowy (zał. nr 3 i zał. nr 4),
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5),
- Istotne postanowienia umowy (zał. nr 6),
- Informacja o zaproponowanych kryteriach oceny ofert (zał. nr 7)

.....
podpis Udzielającego Zamówienia



Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest udzielenie świadczeń zdrowotnych przez psychologa na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” .

Do zadań Przyjmującego Zamówienie należeć będzie:

1. Świadczenie opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej na rzecz pacjentów Oddziału Dziennego Psychiatrii Dziecięcej i ich rodzin w ramach Ośrodka Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży.
 2. Prowadzenie dokumentacji medycznej według obowiązujących zasad.
 3. Aktywna współpraca z innymi pracownikami zespołu –Oddziału Dziennego Psychiatrii Dziecięcej. Udział w zebraniach zespołu, przygotowanie materiałów do dyskusji, przeglądów aktualności, prezentacji przypadków, udział w superwizji.
 4. Wystawianie opinii i zaświadczeń z wykonanych badań psychologicznych na życzenie rodziców pacjenta. Za aprobatą Kierownika Oddziału Dziennego Psychiatrii Dziecięcej/Ośrodka Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży.
 5. Współpraca i przekazywanie w/w informacji, (jeśli zachodzi taka potrzeba), innym placówkom ochrony zdrowia, oświaty i in., za wiedzą i zgodą rodziców dziecka i Kierownika Oddziału Dziennego Psychiatrii Dziecięcej /Ośrodka Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży
-
2. Świadczenia będą udzielane w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie z harmonogramem ustalonym z Udzielającym Zamówienia;
 3. Termin wykonania zamówienia: od 01.07.2021 r. do 30.06.2022r.
 4. Miesięczna liczba czasu pracy wynosi 72 godziny.
 5. Wynagrodzenie za realizację zamówień będzie rozliczane przyjmując stawkę za godzinę udzielania świadczeń.
 6. Zamówienie będzie wykonywane przez 1 osobę.



Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

**Ogłoszenie na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa na rzecz pacjentów Instytutu
"Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**

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

- 1.1. Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia,
- 1.2. Posiada wykształcenie wyższe (studia magisterskie) na kierunku psychologia;
- 1.3. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 1.4. Dokument FAKULTATYWNY: Certyfikat potwierdzający ukończenie kursu pt. Terapia poznawczo behawioralna dzieci i młodzieży i/lub zaświadczenie o ukończonym szkoleniu nt. metod pracy z dziećmi z autyzmem i/lub dokument równoważny;

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

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

- 2.1. Dokument potwierdzający wykształcenie wyższe (studia magisterskie) na kierunku psychologia,
- 2.2. Oświadczenie Oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 2.3. Kserokopię dowodu osobistego.
- 2.4. Dokument FAKULTATYWNY: Certyfikat potwierdzający ukończenie kursu pt. Terapia poznawczo behawioralna dzieci i młodzieży i/lub zaświadczenie o ukończonym szkoleniu nt. metod pracy z dziećmi z autyzmem i/lub dokument równoważny;

3. W przypadku osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą:

- 3.1. Dokument potwierdzający wykształcenie wyższe (studia magisterskie) na kierunku psychologia,
- 3.2. Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.3. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy lub aktualny odpis z KRS (Krajowego Rejestru Sądowego) z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców nie starszy niż 6 miesięcy,
- 3.4. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej;
- 3.5. Dokument FAKULTATYWNY: Certyfikat potwierdzający ukończenie kursu pt. Terapia poznawczo behawioralna dzieci i młodzieży i/lub zaświadczenie o ukończonym szkoleniu nt. metod pracy z dziećmi z autyzmem i/lub dokument równoważny;

4. W przypadku spółki partnerskiej:

- 4.1. Dokument potwierdzający wykształcenie wyższe (studia magisterskie) na kierunku psychologia osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia,
- 4.2. Oświadczenie oferenta, iż posiada / osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;



- 4.3. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) każdego z członków spółki partnerskiej nie starszy niż 6 miesięcy lub wydruk z KRS (Krajowego Rejestru Sądowego) z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców nie starszy niż 6 miesięcy osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia,
- 4.4. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
- 4.5. Należy wskazać dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kryterium kryterium pn. jakość) członka spółki wyznaczonego do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia w Załączniku nr 4.1.
- 4.6. Dokument FAKULTATYWNY: Certyfikat potwierdzający ukończenie kursu pt. Terapia poznawczo behawioralna dzieci i młodzieży i/lub zaświadczenie o ukończonym szkoleniu nt. metod pracy z dziećmi z autyzmem i/lub dokument równoważny osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;

5. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

- 5.1. formularz oferty – zał. nr 3 do Ogłoszenia
- 5.2. formularz cenowy - zał. nr 4 do Ogłoszenia
- 5.3. wykaz personelu - zał. nr 4.1. do Ogłoszenia
- 5.4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia

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



Formularz oferty

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa
na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

Dane oferenta

Imię i Nazwisko/Firma.....

Nazwisko rodowe.....

Imiona rodziców.....

Numer PESEL

Seria i numer dowodu osobistegowydany przez

Adres.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres

siedziby/zamieszkania):.....

Telefon:..... Fax:.....

E-mail:..... NIP*:.....

REGON*:

Numer wpisu do rejestru KRS i organ prowadzący (jeśli dotyczy):

.....

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Zapoznał się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 6 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 zgłasza do nich żadnych uwag.
3. Podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będzie pozostawał /Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
4. Dane zawarte w złożonych dokumentach, są aktualne na dzień składania ofert.
5. Posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.3. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
6. Spełnia wszystkie warunki stawiane oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
7. Jest związany/a ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.

.....
(data i podpis Oferenta)

*informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą



Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający uzyskanie tytułu magistra psychologii		
2	Kserokopia dowodu osobistego- <i>dotyczy osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą</i>		
3	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub aktualny odpis z KRS (Krajowego Rejestru Sądowego) z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców		
4	Polisa od odpowiedzialności cywilnej		
5	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
6	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
7	Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia)		
8	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia)		
9	<u>Dokument FAKULTATYWNY</u> : Certyfikat potwierdzający ukończenie kursu pt. Terapia poznawczo behawioralna dzieci i młodzieży i/lub zaświadczenie o ukończonym szkoleniu nt. metod pracy z dziećmi z autyzmem		
10	Inne- wymieniń jakie		

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Oferenta



Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

Formularz cenowy

Kryterium: cena (należy uzupełnić):

Nazwa świadczenia	Cena za godzinę udzielania świadczeń w PLN brutto	Czas trwania Umowy w miesiącach	Miesięczna liczba godzin	Wartość Zamówienia brutto (PLN)
	1 (Wypełnia Oferent)	2	3	4=1x2x3 (Wypełnia Oferent)
Zapewnienie opieki psychologicznej pacjentom IPCZD PLN słownie:	12	72 PLN słownie:

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

Oświadczam, iż posiadam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego wymienione w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia, takie jak: Certyfikat potwierdzający ukończenie kursu pt. Terapia poznawczo behawioralna dzieci i młodzieży i/lub zaświadczenie o ukończonym szkoleniu nt. metod pracy z dziećmi z autyzmem:

A.	<u>Przedstawiam</u> udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe	<input type="checkbox"/>
B.	<u>Nie przedstawiam</u> udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/>

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymieniony dokument. W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty. W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia oraz ich nie przedstawi, Udzielający zamówienia nie przyzna punktów w kryterium pn. jakość.

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

(data i podpis Oferenta)



Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia

Wykaz personelu - dotyczy spółek partnerskich (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X).

L.p.	Oferent	Kryterium pn. Jakość	
	Imię i nazwisko	<u>Przedstawiam</u> udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe	<u>Nie przedstawiam</u> udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych
		należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X	
1.			

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymieniony dokument.

W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 1.4. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia oraz ich nie przedstawi, Udzielający zamówienia nie przyzna punktów w kryterium pn. jakość.

....., dnia

(podpis Oferenta)



Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

5 A

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz członka spółki partnerskiej, wyznaczonego przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy:

Ja, niżej podpisana/podpisany.....

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis.....



Załącznik nr 6 do Ogłoszenia

ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

§ 1

Przedmiot Umowy

1. Przedmiotem umowy, zwanym dalej Zamówieniem, jest realizacja przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu psychologa oraz oświadcza, iż nie ma ograniczonego ani zawieszonoego 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 świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich.

§ 2

Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, należących do Udzielającego Zamówienie, zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w Umowie i tylko w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z Umową.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa, jest Kierownik Ośrodka Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży.
3. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Kierownika Ośrodka Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży bądź osobę go zastępującą;
4. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w ust. 2, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienie, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić z krótszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym;
5. Udzielający Zamówienia nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron Umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych Harmonogramem.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:
 - a) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów, do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi usługami medycznymi w ramach niniejszej umowy;
 - b) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
 - c) Współpracować z lekarzami oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienie;



- d) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienie każdy konflikt interesów i każdy inny fakt przeszkadzający, utrudniający lub uniemożliwiający należyte wykonywanie postanowień Umowy. Osobą wyznaczoną do kontaktu jest pracownik Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń;
- e) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;
- f) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, a także przepisów porządkowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów jest Kierownik Ośrodka Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży bądź osoba go zastępująca;
- g) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji, serwisach internetowych i mediach społecznościowych, dotyczących przedmiotowo wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie;
- h) Wystawiać świadczeniobiorcom zwolnienia lekarskie oraz inne druki i zaświadczenia przewidziane w zakresie kompetencji świadczeniodawcy w ramach realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- i) 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 Kierownikowi Ośrodka Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży lub osobie go zastępującej w terminie do 5 dni od zawarcia umowy.
7. 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.
8. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
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 Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
12. stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie;
13. zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno- epidemiologicznych oraz zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Kopie dokumentów o których mowa powyżej oraz kopie dokumentu potwierdzającego wykształcenie wyższe medyczne, zgodnie z pkt. 5 Załącznika nr 3 do Ogłoszenia- Formularz ofertowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawić w terminie 14 dni od daty zawarcia umowy;
14. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że recepty uzyskane za pośrednictwem Udzielającego Zamówienie wykorzystywane będą wyłącznie w celu ordynowania pacjentom Udzielającego Zamówienia leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych w Instytucie "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"
15. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
16. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek uczestniczenia w planowanych szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia oraz do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych,



zdobycia lub uzupełniania wiedzy i umiejętności, z inicjatywy Udzielającego Zamówienie albo za jego zgodą.

17. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do:

18. Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie;

19. Udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie sprzętu i aparatury medycznej oraz zapewnienia materiałów medycznych niezbędnych do wykonywania Zamówienia;

20. Zorganizowania obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 3

Kontrola realizacji zamówienia

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

2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości w zakresie, w szczególności:

a) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;

b) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;

c) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;

d) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;

e) realizacji zaleceń pokontrolnych.

§ 4

Należność za realizację zamówienia

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości:

- **zł brutto** za godzinę udzielania świadczeń

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

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku.

3. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2, wystawiane i dostarczone będą do 5 dnia każdego miesiąca na podstawie potwierdzonych przez upoważnionych przedstawicieli Udzielającego Zamówienie sprawozdań z wykonywanych świadczeń zdrowotnych stanowiących suplement do faktury lub rachunku. Wzór suplementu określa Udzielający Zamówienia.

4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w suplemencie lub jego braku, wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują 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



Zamówienie.

7. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostaną potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, chyba że Przyjmujący Zamówienie udokumentuje Udzielającemu Zamówienia brak konieczności opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, m.in. przedstawiając z rachunkiem za każdy miesiąc oświadczenie oraz aktualne zaświadczenia od innych płatników składek na ubezpieczenie społeczne.

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

9. Punkty 7, 8 niniejszego paragrafu dotyczą osób nie prowadzących działalności gospodarczej

§ 5

Kary umowne

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
- b) w przypadku udaremnienia lub utrudnienia kontroli, audytów wewnętrznych lub wizytacji akredytacyjnych w wysokości 1000 zł (tysiąc złotych) za każdy incydent
- c) nieuzasadnionej odmowy przez Przyjmującego Zamówienie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych w wysokości 1000 zł (tysiąc złotych) za każdy stwierdzony i potwierdzony incydent
- d) za naruszenie postanowień § 9 lub 10 Umowy w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie.
- e) Za naruszenie postanowień umowy wskazanych w §2 ust. 7 w wysokości 500,00 zł (pięćset złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie.

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.

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.

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

§ 6

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od 01.07.2021r. do 30.06.2022r.** lub do wyczerpania kwoty, o której mowa w §4 ust. 1.
2. Umowa wygasa samoistnie z chwilą zaistnienia jednej z okoliczności, o których mowa w ust. 1.

§ 7

Rozwiązanie Umowy



1. Umowa może zostać rozwiązana w drodze wypowiedzenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia skutecznego na koniec miesiąca kalendarzowego lub na mocy porozumienia stron;
2. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
 - a) w wyniku kontroli własnej lub organu zewnętrznego, zostanie stwierdzone niewykonywanie Umowy lub jej wadliwe wykonanie, a w szczególności polegające na ograniczeniu dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu lub złej jakości świadczeń;
 - b) Przyjmujący Zamówienie nie dopełni obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej lub służbowej, albo dopuści się czynu nieuczciwej konkurencji, o których mowa w §8 ;
 - c) Przyjmujący Zamówienie popełni przestępstwo, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy;
 - d) Przyjmujący Zamówienie utraci uprawnienia lub kwalifikacje konieczne dla realizacji Umowy;
 - e) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpi do realizacji Umowy;
 - f) Przyjmujący Zamówienie odmówi poddania się badaniu na zawartość alkoholu lub środków odurzających, gdy zachodzi podejrzenie ich użycia;
 - g) Przyjmujący Zamówienie nie przedstawi umowy odpowiedzialności cywilnej na wezwanie Udzielającego zamówienie w terminie 7 dni od wezwania
 - 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.

§ 8

Ochrona tajemnicy i nieuczciwa konkurencja

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których dowiedziały się przy realizacji Umowy oraz informacji, które stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Działanie Przyjmującego Zamówienie sprzeczne z prawem lub dobrymi obyczajami, zagrażające lub naruszające interes Udzielającego Zamówienia bądź jego pacjentów będzie traktowane jako czyn nieuczciwej konkurencji, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Czynami nieuczciwej konkurencji są m.in.:
 - a) naruszenie (przekazanie, ujawnienie, wykorzystanie) informacji stanowiących tajemnicę Udzielającego Zamówienie;
 - b) rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji dotyczących Udzielającego Zamówienie.

§ 9

Ochrona danych osobowych

1. W trakcie wykonywania umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do:
 - a) przestrzegania przepisów oraz wewnętrznych procedur IPCZD dotyczących przetwarzania i ochrony danych osobowych, a w szczególności Polityki bezpieczeństwa danych osobowych,
 - b) przetwarzania danych osobowych ściśle zgodnie z udzielonym przez Udzielającego Zamówienie upoważnieniem i jedynie w granicach tego upoważnienia,
 - c) zachowania poufności wszelkich informacji dotyczących danych osobowych pacjentów i pracowników Udzielającego Zamówienie, sposobu przetwarzania i ochrony tych danych,
 - d) podpisania oświadczenia o poufności stanowiącego zał. Nr 4 do niniejszej umowy
2. Powyższe postanowienia dotyczą zarówno osób fizycznych, osób prowadzących jednoosobową praktykę lekarską oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w



przypadku grupowych praktyk lekarskich i osób prawnych.

§ 10

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

Załączniki:

- Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia
- Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)
- Załącznik nr 3: Formularz cenowy
- Załącznik nr 4: Oświadczenie o poufności

.....
Przyjmujący Zamówienie

.....
Udzielający Zamówienia

DocuSafe ID:	355233	Oznaczenie sprawy(KO):	5475
Typ dokumentu:	Konkursy ofert na podst. ust. o działalności leczniczej.		
Opis:	DKR Ogłoszenie medyczne na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa w zakresie psychoterapii indywidualnej na rzecz pacjentów IPCZD, nr sprawy OM/CZD/09/21		
Data pisma:	2021-05-07 12:07:33		
Lp.	Data godzina	Użytkownik	Treść uwagi
1	2021-05-07 12:13:16	Karolina Szulim	Proszę o akceptację wniosku o personel
2	2021-05-10 10:29:23	Dagmara Zyska	Akceptuję
3	2021-05-10 14:44:49	Michał Kleszewski	Akceptuję
4	2021-05-13 14:58:45	Bożenna Dembowska-Bagińska	akceptuję
5	2021-05-17 09:29:46	Karolina Szulim	Wniosek o personel zaakceptowany przez Dyrektora IPCZD w dniu 14.05.2021r.
6	2021-05-18 13:10:35	Karolina Szulim	Proszę o akceptację ogłoszenia wraz z załącznikami
7	2021-05-19 15:30:27	Dagmara Zyska	Akceptuję
8	2021-05-21 10:21:11	Michał Kleszewski	Akceptuję
9	2021-05-21 11:20:34	Bożenna Dembowska-Bagińska	akceptuję