

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 w zakresie opieki pielęgniarskiej w oddziałach zabiegowych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka” – 7 osób.**

**1. Udzielający Zamówienie**

INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

Al. Dzieci Polskich 20

04-730 Warszawa

Dane do kontaktu:

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

Strona internetowa, na której dostępne jest Ogłoszenie: [www.czd.pl](http://www.czd.pl) – Konkursy poza ust. PZP

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](mailto:k.szulim@ipczd.pl);

**2. Opis przedmiotu zamówienia**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w oddziałach zabiegowych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka” – 7 osób.**

**CPV: 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki**

**3. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.**

**4. Termin wykonania zamówienia: od 01.08.2021r. do 31.07.2023r.**

**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., 5.1.3. i 5.1.4.)
2. Posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza;
3. Posiada 1 rok doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza
4. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;
5. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Posiada Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Szkolenie z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakresie podstawowym i/lub Kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i/lub Kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych;

**5.1. Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełnienia 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 pielęgniarki/pielęgniarsza;
2. Oświadczenie o posiadaniu 1 roku doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
3. Oświadczenie Oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający posiadanie Kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Szkolenia z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakresie podstawowym i/lub Kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub Kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych;

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza;
2. Oświadczenie o posiadaniu 1 roku doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
3. Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający posiadanie Kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Szkolenia z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakresie podstawowym i/lub Kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub Kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych;
5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
6. Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) 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 pielęgniarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
    - 94 – indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
    - 98 – indywidualna praktyka pielęgniarska lub
    - 99 – indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska;
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: -30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej.

**5.1.3. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka pielęgniarek w formie spółki cywilnej):**

1. Dokumenty potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza wspólników spółki;
2. Oświadczenie o posiadaniu 1 roku doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza - do potwierdzenia w formularzu ofertowym.
3. Oświadczenie, o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych przez wspólników spółki - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający posiadanie Kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Szkolenia z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakresie podstawowym i/lub Kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub Kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych wspólników spółki;
5. Należy wskazać gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (kryterium pn. dostępność) i dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kryterium pn. jakość) wszystkich wspólników spółki w Załączniku nr 4.1.
6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy, w przypadku spółki cywilnej- każdego ze wspólników spółki,

7. Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) 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
- 97 - grupowa praktyka pielęgniarek;
8. 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: -30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

**5.1.4. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka pielęgniarek w formie spółki jawnej albo spółki partnerskiej):**

1. Dokumenty potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza członków praktyki grupowej;
2. Oświadczenie o posiadaniu 1 roku doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza członków praktyki grupowej - do potwierdzenia w formularzu ofertowym.
3. Oświadczenie, o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych przez członków praktyki grupowej -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający posiadanie Kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Szkolenia z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakresie podstawowym i/lub Kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub Kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych członków praktyki grupowej;
5. Należy wskazać gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (kryterium pn. dostępność) i dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kryterium pn. jakość) wszystkich członków praktyki grupowej, którzy będą udzielać świadczeń w Załączniku nr 4.1.
6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy- każdego z członków praktyki grupowej;
7. Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) 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
- 97 - grupowa praktyka pielęgniarek;
8. 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: -30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek;

**5.1.5. W przypadku podmiotów leczniczych:**

1. Dokumenty potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza osoby/osób wyznaczonej/ych przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;

2. Oświadczenie o posiadaniu 1 roku doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza osoby/osób wyznaczonej/yh przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy - do potwierdzenia w formularzu ofertowym.
3. Oświadczenie, o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych osoby/osób wyznaczonej/yh przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający posiadanie Kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego i/lub Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Szkolenia z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakresie podstawowym i/lub Kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub Kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;
5. Należy wskazać gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (kryterium pn. dostępność) i dodatkowe kwalifikacje zawodowe (kryterium pn. jakość) osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta 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. Wypis – nie zaświadczenie o wpisie z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)- nie starszy niż 3 miesiące.
8. 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.;

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

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

1. formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia- **dotyczy wszystkich Oferentów**
2. formularz cenowy – zał. nr 4 do Ogłoszenia – **kryterium a): cena - dotyczy wszystkich Oferentów, kryterium b): dostępność oraz kryterium c): jakość – dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu;**
3. wykaz personelu - zał. nr 4.1 do Ogłoszenia- **kryterium b): dostępność oraz kryterium c): jakość - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi oraz podmiotów leczniczych**
4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5a do Ogłoszenia – **dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu;** – zał. nr 5b do Ogłoszenia – **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 lub w wersji elektronicznej.
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](mailto: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 poświadczonej za zgodność z oryginałem, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.

**8. Opis sposobu przygotowania oferty.**

1. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w formie pisemnej pod rygorem odrzucenia. 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.

**9. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Oferty należy składać w nieprzejrystym, zamkniętym opakowaniu do dnia .....~~23.07~~..... **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 w zakresie opieki pielęgniarstwa w oddziałach zabiegowych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka” – nr sprawy KO/CZD/57/21”  
Nie otwierać koperty przed dniem ....~~23.07~~..... 2021r. do godziny 11.00**

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

3. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Udzielającego Zamówienie przed upływem terminu wyznaczonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu.
4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi ....~~23.07~~.... 2021r. godz. 11.30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż 31.07. 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 – max 65 punktów

**Udzielający zamówienia przeznaczył na realizację przedmiotu zamówienia kwotę nie wyższą niż - 61,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

b) Dostępność – max 30 punktów

c) Jakość – max 5 punktów

Razem max do uzyskania 100 punktów

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
------	-----------------	---------------------------	--------------------

1.	Cena	65 punktów	Najniższa zaofferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,65 (waga kryterium)
2.	Dostępność	30 punktów	Zadeklarowana gotowość do udzielania świadczeń w ciągu 1 miesiąca* : A: 60-120 godzin - 10 punktów B. 121-180 godzin - 20 punktów C. 181-300 godzin - 30 punktów
3.	Jakość	5 punktów	Dodatkowe dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymienione w pkt. 5.5. Ogłoszenia**: A. A. Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych - 0 punktów B. Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych - 5 punktów

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy, 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 5.5 Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.*

*\*\*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

**W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi lub w przypadku podmiotów leczniczych, należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b): dostępność oraz dla Kryterium c): Jakość W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi lub w przypadku podmiotów leczniczych, punkty w Kryterium b): dostępność oraz w Kryterium c): Jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.**

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 zamówienie.
4. Rozliczenia między Udzielającym Zamówienia, a Przyjmującym Zamówienie odbywać się będą w polskich złotych (PLN)

#### **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 (CEIDG, RPWDL, KRS), które budzą wątpliwości Udzielającego Zamówienia są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienia 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, Udzielający Zamówienia 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.
3. W przypadku dokonania wyboru oferty złożonej przez grupową praktykę pielęgniarek prowadzoną w formie spółki cywilnej Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia uchwały wspólników i/lub okazania aktualnej umowy spółki cywilnej.

## **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 do Ogłoszenia:**

- 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) Załącznik do formularza cenowego (zał. nr 4.1.) - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka pielęgniarek),
- 6) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - (zał. nr 5a) – dotyczy osób fizycznych, podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz każdego wspólnika spółki lub członka praktyki grupowej biorących udział w postępowaniu; - (zał. nr 5b) – dotyczy podmiotów leczniczych.

.....  
*podpis Udzielającego Zamówienie*

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia: **Oddziały zabiegowe –7 osób**

1. Miejsce wykonywania zamówienia: Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"  
Oddział Chirurgii Ogólnej – 3 osoby  
Oddział Kardiochirurgii – 2 osoby  
Oddział Transplantacji Narządów – 2 osoby
2. Termin wykonania zamówienia: od 01.08.2021r. do 31.07.2023r.
3. Miesięczny wymiar czasu pracy wynosi od 60 do 120 godzin/ od 121 do 180 godzin /od 181 do 300 godzin - zgodnie ze złożoną ofertą (*niewłaściwe skreślić*).
4. Dni pracy – od poniedziałku do niedzieli ze świętami włącznie ( wg harmonogramu)

### Zakres świadczeń

Do zadań ww. osoby będzie należała realizacja świadczeń zdrowotnych a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia, polegających na sprawowaniu wysokospecjalistycznej, całodobowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w oddziale zabiegowym. W szczególności:

1. Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych poszczególnych u pacjentów na podstawie danych uzyskanych z obserwacji oraz informacji uzyskanych od innych członków zespołu terapeutycznego.
2. Planowanie opieki pielęgniarskiej stosownie do stanu zdrowia pacjentów , diagnozy pielęgniarskiej, lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego i leczniczo – pielęgnacyjnego.
3. Realizowanie opieki pielęgniarskiej według ustalonego planu i aktualnego stanu pacjenta oraz zleconego programu diagnostyczno – leczniczego a zwłaszcza:
  - sprawowanie rzetelnej opieki nad pacjentami w oddziale
  - ocena stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji)
  - realizacja rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych zgodnie posiadanymi kwalifikacjami , aktualną wiedzą, zasadami postępowania w oddziale oraz zasadami umowy z NFZ,
  - przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, przepisów BHP, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w IPCZD.
4. Podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wlewów dożylnych; podawanie leków drogą wziewną.
5. Pielęgnacja o obsługa długoterminowych tunelizowanych cewników typu Broviac, Port.
6. Udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej.
7. Rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców,
8. Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w Instytucie .
9. Dbłość o sprawność techniczną aparatury medycznej, niezbędnej do udzielania świadczeń oraz narzędzi i sprzętu do wykonywania zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych.
10. Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami i aktualną wiedzą.
11. Współpraca z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie podczas hospitalizacji.

12. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta i oddziału w zakresie objętym kompetencjami zawodowymi.

**1. Czynności**

1. Ocena stanu zdrowia pacjenta z chorobami chirurgicznym, ocena stanu chorego dziecka i pielęgnowanie po zabiegu operacyjnym.
2. Przygotowanie chorego dziecka do badań diagnostycznych wykonywanych w chorobach chirurgicznych i urazach, interpretacja podstawowych wyników badań laboratoryjnych.
3. Przygotowanie chorego dziecka do zabiegu operacyjnego, uwzględniając rodzaj zabiegu i rodzaj znieczulenia.
4. Przygotowanie chorego dziecka do badania/ zabiegu endoskopowego.
5. Monitorowanie bólu u chorego dziecka, leczonego chirurgicznie/po urazie.
6. Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta w okresie okołoperacyjnym.
7. Monitorowanie stanu chorego dziecka po zabiegu operacyjnym, w tym podłączenie chorego do urządzeń monitorujących i pomiarowych oraz interpretacja odczytywanych parametrów.
8. Prowadzenie bilansu wodnego, ocena nawodnienia/odwodnienia pacjenta.
9. Ocena drożności drenów i prawidłowego działania drenażu klatki piersiowej
10. Udział w diagnostyce chorych po urazie, towarzyszenie choremu i zabezpieczenie go na czas transportu do pracowni diagnostycznych.
11. Podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powikłaniom pooperacyjnym.
12. Zmiana opatrunku na ranie pooperacyjnej, dobór i stosowanie nowoczesnych opatrunków specjalistycznych do zaopatrywania ran w zależności od fazy gojenia się ran.
13. Stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej.
14. Edukowanie chorego/dziecka i jego rodziny/opiekunów w zakresie postępowania w domu po leczeniu szpitalnym.

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

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" w zakresie opieki pielęgniarskiej.  
Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, nr..... wydane przez ..... dnia .....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 przy realizacji Umowy udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z harmonogramem. Harmonogram ustalany będzie na n/w zasadach:  
Kierownik Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej Udzielającego Zamówienia w porozumieniu z Pielęgniarką Oddziałową Udzielającego Zamówienia ustala zapotrzebowanie na personel pielęgniarski w danej komórce organizacyjnej, zgodnie z zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, na tej podstawie planowany jest grafik pracy dla personelu pielęgniarskiego.  
Szczegółowe harmonogramy pracy uzgadniane będą pomiędzy Przyjmującym Zamówienie, a Pielęgniarką Oddziałową. Ustalać ona będzie z Przyjmującym Zamówienie czas wykonywania świadczeń na każdy miesiąc kalendarzowy w danej komórce organizacyjnej, uwzględniając potrzeby Udzielającego Zamówienia oraz ciągłość i kompleksowość udzielania świadczeń zdrowotnych. Harmonogram ze strony Udzielającego Zamówienia będzie zatwierdzany przez Kierownika Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, a w czasie jego nieobecności przez osobę upoważnioną.
3. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w lit. a), 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.
4. 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.
5. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo kontroli przestrzegania przez Przyjmującego Zamówienie Umowy, w zakresie określonym w indywidualnym harmonogramie pracy.
6. Zlecenie przez Udzielającego Zamówienie mniejszej liczby godzin w danym miesiącu kalendarzowym nie rodzi żadnych roszczeń ze strony Przyjmującego Zamówienie.
7. Przyjmujący zamówienie ma prawo do przerwy w świadczeniu usług dwukrotnie, przez okres nie dłuższy, niż 14 dni w roku kalendarzowym, bez prawa do wynagrodzenia. Przerwa w świadczeniu usług winna być

- zaplanowana tak, aby nie powodowała zakłóceń w realizacji umowy. Zaplanowana przerwa powinna zostać zgłoszona na piśmie z minimum 30 dniowym wyprzedzeniem i uzgodniona z Pielęgniarką Oddziałową.
8. 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 personelem pielęgniarskim, lekarskim 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 Pielęgniarka Oddziałowa bądź osoba ją 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;
  9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić czytelnie i systematycznie 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.
  10. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
  11. 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.
  12. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
  13. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
    - a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie;
    - b) zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Kopie dokumentów o których mowa powyżej oraz kopię dokumentu potwierdzającego wykształcenie Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawić w terminie 14 dni od daty zawarcia umowy;
  14. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
  15. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek uczestniczenia w planowanych szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia oraz do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych, zdobywania lub uzupełniania wiedzy i umiejętności, z inicjatywy Udzielającego Zamówienie albo za jego zgodą.
  16. 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;

### § 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.

### § 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**

Liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie przedmiotu umowy zgodnie ze złożoną ofertą wynosi od 60 do 120 godzin/ od 121 do 180 godzin /od 181 do 300 godzin (*niewłaściwe skreślić*). Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do gotowości realizacji świadczeń według potrzeb Zamawiającego, we wskazanym przedziale ilości godzin, z zastrzeżeniem, że zapotrzebowanie na minimalną liczbę godzin przeznaczonych na realizację przedmiotu umowy może ulec zmniejszeniu w przypadkach uzasadnionych organizacją funkcjonowania komórki organizacyjnej, w której realizowane są świadczenia bądź zmniejszeniem środków finansowych uzyskanych od Płatnika Publicznego. Zmiana uwzględniana jest w harmonogramie ustalonym na okresy miesięczne i nie wymaga sporządzenia pisemnego aneksu do niniejszej umowy.

**Łączna wartość umowy wynosi ..... PLN (słownie:..... ) 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, 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 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, składka na ubezpieczenie zdrowotne oraz składka na Fundusz Pracy finansowana zarówno przez Udzielającego Zamówienie jak i Przyjmującego Zamówienie, 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 i 8 niniejszego paragrafu nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczej.

## **§ 5**

### **Kary umowne**

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie kary umowne:
  - a) za niewykonanie świadczeń objętych Umową z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wysokości dwukrotnej wartości niewykonanych świadczeń;
  - b) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1;
  - c) za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 2 ust. 9 w wysokości 200,00 zł (dwieście złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie.
2. 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 01.08.2021r. do 31.07.2023r.** 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 obowiązujące.
2. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni 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 do umowy:

Załącznik nr 1: Szczegółowy zakres zamówienia

Załącznik nr 2: Polisa ubezpieczeniowa (jeśli dotyczy)

Załącznik nr 3: Formularz cenowy

Załącznik nr 4: Oświadczenie o poufności – dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich;

.....

**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), procedury zawarte w dokumencie wewnętrznym IPCZD „Polityka bezpieczeństwa danych osobowych”.

- nie będę pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać ani udostępniać jakichkolwiek danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych osobowych m.in. dotyczących stanu zdrowia, które przetwarzane są w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, w celach innych 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	Seria .....numer..... wydany przez.....	
PESEL		
Nazwisko rodowe		
Imiona rodziców		
adres email		
telefon		

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w oddziałach zabiegowych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka”.

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie [www.czd.pl](http://www.czd.pl), w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał/ osoba wyznaczona przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam/Osoba/y wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **1 rok doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki**– potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam/Osoba/y 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.

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

.....

(podpis Oferenta)

\* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą;

## Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokumenty potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza		
2	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
3	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
4	Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia)		
5	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia) - dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu.		
6	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy podmiotów leczniczych		
7	<u>DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE)</u> - Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Szkolenie z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakresie podstawowym i/lub Kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub Kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych;		
8	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)		
9	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
10	Aktualna polisa OC		
11	Inne- wymienić jakie .....		

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Oferenta

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH NA RZECZ PACJENTÓW INSTYTUTU "POMNIK- CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE:**

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

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

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

Adres Przyjmującego Zamówienie: .....

**FORMULARZ CENOWY**

**UWAGA: W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi oraz w przypadku podmiotów leczniczych, należy wypełnić Załącznik do formularza cenowego - nr 4.1.**

**KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów (należy uzupełnić):****Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

..... zł brutto/godz.\*

Słownie: ..... zł brutto /godz.

**\*( Udzielający zamówienia przeznaczył na realizację przedmiotu zamówienia kwotę nie wyższą niż - 61,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**KRYTERIUM b): Dostępność - dotyczy osób fizycznych oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi**

**Oświadczam, iż w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia deklaruję gotowość do pracy w liczbie godzin\* (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

A.	60-120 godzin miesięcznie	<input type="checkbox"/>
B.	121-180 godzin miesięcznie	<input type="checkbox"/>
C.	181-300 godzin miesięcznie	<input type="checkbox"/>

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

**KRYTERIUM c): Jakość - dotyczy osób fizycznych oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi \*\* (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

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

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.*

*\*\*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

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

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

(podpis) .....

**KRYTERIUM b): Dostępność; KRYTERIUM c): Jakość:**

**Wykaz personelu- dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi oraz podmiotów leczniczych (należy uzupełnić i wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)**

W kryteriach oceny ofert można uzyskać:

- b) Dostępność – max 30 punktów  
c) Jakość – max 5 punktów

Lp.	Oferent Imię i nazwisko	Dostępność*			Jakość**	
		60-120 godzin miesięcznie	121-180 godzin miesięcznie	181-300 godzin miesięcznie	Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych	Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych
		należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X				

\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże informacji o liczbie godzin gotowości do pracy dla każdej z wyznaczonych osób, 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 5.5 Ogłoszenia, ale je przedstawi, Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty.

\*\*\*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

**W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi lub w przypadku podmiotów leczniczych, należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b): dostępność oraz dla Kryterium c): Jakość**  
**W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi lub w przypadku podmiotów leczniczych, punkty w Kryterium b): dostępność oraz w Kryterium c): Jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.**

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

(podpis) .....

**5 a Zgoda na przetwarzania danych osobowych** - dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu.

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.U.E.L.2016.119.1, dalej zwane „RODO”) 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.U.E.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 .....