

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

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.
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 zabieg oraz za gotowość do udzielania świadczeń,
5. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia kieruje się kryterium cena oferty oraz kryterium jakość na podstawie oświadczenia Oferenta, w jakiej liczbie samodzielnie przeprowadził krążenie pozaustrojowe w operacjach na otwartym sercu w latach 2019-2021. Ocenę końcową oferty stanowi suma punktów uzyskanych za kryteria oceny, o których mowa powyżej. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku) spośród ofert niepodlegających odrzuceniu- maksymalnie Oferent może uzyskać 100 punktów.

L.p	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	98 punktów	Najniższa zaoferowana cena oferty/ Cena oferty rozpatrywanej x 100 x 0,98
2.	Jakość	2 punkty	Oświadczenie Oferenta, że w latach 2019-2021 samodzielnie przeprowadził krążenie pozaustrojowe w operacjach na otwartym sercu w liczbie <sup>1</sup> *:  A. od 1 do 50 - 1 punkt B. w 51 i więcej - 2 punkty

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie samodzielnie przeprowadzonych krążeń pozaustrojowych w operacjach na otwartym sercu w latach 2019-2021, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

6. Ofertę pisemną na formularzu załączonym do ogłoszenia wraz z wymaganymi załącznikami, umieszczoną w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

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

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych na rzecz pacjentów IPCZD” nr sprawy OM/CZD/19/21.  
Nie otwierać przed dniem 17.12.2021 r., przed godziną 12.00.”**

**Oferty należy składać do dnia .....17.12.....r. 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.

7. Udzielający Zamówienie nie dopuszcza składania Ofert częściowych.
8. Oferent jest związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
9. 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.
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](mailto:k.szulim@ipczd.pl)

**Załączniki do Ogłoszenia:**

1. Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
2. Wymagania stawiane oferentom (zał. nr 2),
3. Istotne postanowienia umowy (zał. nr 3),
4. Formularz oferty (zał. nr 4),
5. Formularz cenowy (zał. nr 5.)
6. Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem (zał. nr 6)
7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 7)

.....  
*podpis Udzielającego Zamówienia*

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia – Opis Przedmiotu Zamówienia**

Ogłoszenie na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych na rzecz pacjentów IPCZD

- 1) Współdziałanie w operacjach kardiochirurgicznych z użyciem krążenia pozaustrojowego: przygotowanie aparatu do krążenia pozaustrojowego, prowadzenie krążenia pozaustrojowego w czasie zabiegu operacyjnego na otwartym sercu, demontaż aparatu po zakończeniu krążenia pozaustrojowego, w tym w szczególności:
  - a) przygotowanie wypełnienia wstępnego aparatu na podstawie danych pacjenta i rodzaju planowanej operacji;
  - b) złożenie aparatu do krążenia pozaustrojowego niezbędne dla przeprowadzenia krążenia pozaustrojowego;
  - c) prowadzenie krążenia pozaustrojowego w czasie operacji we współpracy i pod kontrolą operatora oraz anestezjologa znieczulającego pacjenta;
  - d) monitorowanie i archiwizacja danych perfuzji w czasie zabiegu;
  - e) monitorowanie parametrów hemodynamicznych i laboratoryjnych w czasie perfuzji;
  - f) demontaż aparatu do krążenia pozaustrojowego w zakresie elementów jednorazowych po zakończeniu perfuzji;
  - g) konserwacja aparatu do krążenia pozaustrojowego w zakresie poza serwisowym;
  - h) planowana miesięczna liczba procedur do wykonania wynosi 10
- 2) Prowadzenie mechanicznego wspomaganie krążenia (sztuczne komory, ECMO).
- 3) Świadczenia udzielane będą:
  - a) we wtorki i piątki oraz dwa pierwsze weekendy w miesiącu w godzinach od 8.00 do 15.35 w zakresie udzielania wszystkich świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy;
  - b) we wtorki i piątki w godzinach 15.35 – 08:00 gotowość do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy;
  - c) w terminie od daty zawarcia do 31.12.2023r.
  - d) przez 1 osobę

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia – Wymagania stawiane oferentom**

"Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"

**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 i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia
2. Posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza;
3. Posiada dyplom perfuzjonisty w kardiochirurgii;
4. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonania wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;

Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie:

1. **W przypadku osób fizycznych nie będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą:**
  - 1.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza,
  - 1.2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu perfuzjonisty w kardiochirurgii,
  - 1.3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
2. **W przypadku osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki pielęgniarek):**
  - 2.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza,
  - 2.2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu perfuzjonisty w kardiochirurgii,
  - 2.3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
  - 2.4. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
  - 2.5. 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;
  - 2.6. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011r. 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.
3. **W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka pielęgniarek w formie spółki cywilnej):**

- 3.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza wspólnika spółki, który będzie udzielał świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
- 3.2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu perfuzjonisty w kardiologii wspólnika spółki, który będzie udzielał świadczeń będących przedmiotem zamówienia ;
- 3.3. Oświadczenie, o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych przez wspólników spółki - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
- 3.4. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy każdego ze wspólników spółki;
- 3.5. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby, która będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
- 3.6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy, w przypadku spółki cywilnej- każdego ze wspólników spółki,
- 3.7. 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;
- 3.8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011r. 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.

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

- 4.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza członka praktyki grupowej, który będzie udzielał świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
- 4.2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu perfuzjonisty w kardiologii członka praktyki grupowej, który będzie udzielał świadczeń będących przedmiotem zamówienia ;
- 4.3. Oświadczenie, o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych przez członka praktyki grupowej - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
- 4.4. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy każdego z członków praktyki grupowej;
- 4.5. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby, która będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
- 4.6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy, w przypadku spółki cywilnej- każdego z członków praktyki grupowej,
- 4.7. 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
    - grupowa praktyka pielęgniarek;

4.8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011r. 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. W przypadku podmiotów leczniczych:**

- 5.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 5.2. Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu perfuzjonisty w kardiologii osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem,
- 5.3. Oświadczenie, że osoba wyznaczona przez Oferenta posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym,
- 5.4. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko osoby, która będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
- 5.5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 5.6. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące:

**W PRZEDSIĘBIORSTWACH PODMIOTU LECZNICZEGO:**

- w rubryce 26. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie pomiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;

**W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA I ICH PROFILACH**

**HC.1.1 Leczenie stacjonarne**

12 Kardiologia

- 5.7. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy,: -100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ust.1 Ustawy, wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8, pkt. 1, lit. a ustawy;

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

1. formularz ofertowy – zał. nr 4 do Ogłoszenia
2. formularz cenowy – zał. nr 5 do Ogłoszenia
3. Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - zał. nr 6 do Ogłoszenia - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi oraz podmiotów leczniczych
4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 7 do Ogłoszenia : **5a:** dotyczy osób fizycznych, podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk pielęgniarek lub **5b:** dotyczy podmiotów leczniczych;

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

## Załącznik nr 3 do Ogłoszenia – 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 perfuzji przy zabiegach kardiochirurgicznych.  
Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada/że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza nr ..... wydane przez ..... dnia ..... oraz oświadcza, że 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 Kliniki Kardiochirurgii bądź osoba go zastępująca;
3. Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Kierownika Kliniki Kardiochirurgii 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 Kliniki Kardiochirurgii 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) 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 służbową pocztę elektroniczną, założoną przez Udzielającego Zamówienie. Korzystanie ze służbowej poczty elektronicznej założonej indywidualnie jest obowiązkowe.
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 :
    - 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 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;
  12. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
  13. 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.
  14. 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:

Gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie < 3 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 4 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 5 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 6 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 7 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 8 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 9 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca > 10 godzin	..... zł brutto

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

2. Należność za wykonywanie świadczeń będących przedmiotem Umowy Udzielający Zamówienie wypłacona będzie na podstawie wystawianej przez Przyjmującego Zamówienie faktury lub rachunku.
3. Faktury lub rachunki, o których mowa w ust. 2, 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 nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą.

## **§ 5**

### **Kary umowne**

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne:
  - a) w sytuacji nie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości podwójnej stawki godzinowej za każdą godzinę nieobecności na podstawie zatwierdzonego harmonogramu przez Strony
  - 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.
2. 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.

3. 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 daty zawarcia do 30.11.2023r.**, 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 obowiązującego.
2. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni 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**

## OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI

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

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

niniejszym oświadczam, że:

- zapoznałem/am się i będę stosował/a przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

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

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

Niniejsze oświadczenie obowiązuje na czas nieokreślony po zakończeniu Umowy.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Dane oferenta**

Imię i Nazwisko/Firma.....

Nazwisko rodowe.....

Imiona rodziców.....

Numer PESEL .....

Seria i numer dowodu osobistego .....wydany przez .....

Adres.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres

siedziby/zamieszkania):.....

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

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

REGON\*: .....

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (jeśli dotyczy):

.....

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](http://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/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne**.
6. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.3. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
7. Spełnia wszystkie warunki stawiane oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
8. 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 posiadanie prawa zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza		
2	Dokument potwierdzający posiadanie dyplomu perfuzjonisty w kardiologii		
3	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
4	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
5	Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej		
6	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
7	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
8	Wykaz personelu który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy		
9	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		
10	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych		
11	Inne- wymienić jakie .....		

.....  
Podpis Oferenta

## Formularz cenowy

**Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

Gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie < 3 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 4 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 5 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 6 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 7 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 8 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca do 9 godzin	..... zł brutto
Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa trwająca > 10 godzin	..... zł brutto

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

**Kryterium b) jakość – dotyczy wszystkich Oferentów:**

Oświadczam, że w latach 2019-2021 samodzielnie przeprowadziłam/em krążenie pozaustrojowe w operacjach na otwartym sercu w liczbie <sup>2</sup>\* **(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

A.	Od 1 do 50	<input type="checkbox"/>
B.	w 51 i więcej	<input type="checkbox"/>

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie samodzielnie przeprowadzonych krążeń pozaustrojowych w operacjach na otwartym sercu w latach 2019-2021, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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

.....(podpis Oferenta)

<sup>2</sup> Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta, poprzez sprawdzenie referencji Oferenta.



## Załącznik nr 6 do Ogłoszenia

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

L.p.	Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem
1.	

(podpis Oferenta) .....

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie 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.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.....

**LUB**

**5b**

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

Ja, niżej podpisana/podpisany.....

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

Podpis .....