

OGŁOSZENIE

Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej
ogłasza konkurs ofert na:

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Izbie Przyjęć na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"- 2 Zadania (4 osoby).

Zadanie nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych nie posiadających doświadczenia zawodowego – 2 osoby

Zadanie nr 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych z doświadczeniem zawodowym min. 1 rok – 2 osoby

1. Udzielający Zamówienie

INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

Al. Dzieci Polskich 20

04-730 Warszawa

Dane do kontaktu:

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

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

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

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

2. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Izbie Przyjęć na rzecz pacjentów IPCZD – 2 Zadania (4 osoby).

Zadanie nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych nie posiadających doświadczenia zawodowego – 2 osoby

Zadanie nr 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych z doświadczeniem zawodowym min. 1 rok – 2 osoby

KOD CPV (dla Zadania 1 i 2): 85141000-9 – Usługi świadczone przez personel medyczny

3. Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.

4. Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia do 28.02.2023r.

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 i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia (dotyczy pkt. 5.1.2., 5.1.3. i 5.1.4.)

2. Jest podmiotem wymienionym w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym tj.:

a) rozpoczął przed dniem 1 października 2019 r. studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskał tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub

b) rozpoczął po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i uzyskał tytuł zawodowy licencjata oraz złożył z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „PERM”, lub

c) rozpoczął przed dniem 1 marca 2013 r. naukę w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskał dyplom potwierdzający uzyskanie

tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, lub

- d) posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownik medyczny i uzyskał prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
- e) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

3. Posiada minimum 1 rok doświadczenia zawodowego – **dotyczy wyłącznie Zadania nr 2;**

4. Posiada aktualne badania lekarskie.

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

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

1. Dokument potwierdzający:

- a) rozpoczęcie przed dniem 1 października 2019 r. studiów wyższych na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub
- b) rozpoczęcie po roku akademickim 2018/2019 studiów wyższych przygotowujących do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzonych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata oraz złożenie z wynikiem pozytywnym Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „PERM”, lub
- c) rozpoczęcie przed dniem 1 marca 2013 r. nauki w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, lub
- d) posiadanie dyplomu wydanego w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanego w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownik medyczny i uzyskanie prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
- e) posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

2. Oświadczenie Oferenta, że posiada minimum 1 rok doświadczenia zawodowego – **dotyczy wyłącznie Zadania nr 2** -do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia.

3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

5.1.2. W przypadku osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą:

1. Dokument potwierdzający:

- a) rozpoczęcie przed dniem 1 października 2019 r. studiów wyższych na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub
- b) rozpoczęcie po roku akademickim 2018/2019 studiów wyższych przygotowujących do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzonych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata oraz złożenie z wynikiem pozytywnym Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „PERM”, lub
- c) rozpoczęcie przed dniem 1 marca 2013 r. nauki w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, lub
- d) posiadanie dyplomu wydanego w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanego w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownik medyczny i uzyskanie prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
- e) posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

2. Oświadczenie Oferenta, że posiada minimum 1 rok doświadczenia zawodowego – **dotyczy wyłącznie Zadania nr 2** – do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia.

3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;

5. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej;

5.1.3. W przypadku podmiotów leczniczych:

1. Dokument potwierdzający, że osoba/y wyznaczona/e do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia:

- a) rozpoczęła/y przed dniem 1 października 2019 r. studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskała/y tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub
- b) rozpoczęła/y po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i uzyskała/y tytuł zawodowy licencjata oraz złożyła/y z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „PERM”, lub

- c) rozpoczęła/y przed dniem 1 marca 2013 r. naukę w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała/y dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, lub
 - d) posiada/posiadają dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanym w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownik medyczny i uzyskała/y prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
 - e) posiada/posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.
2. Oświadczenie Oferenta, że osoba/y wyznaczona/e do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada/posiadają minimum 1 rok doświadczenia zawodowego – **dotyczy wyłącznie Zadania nr 2** - do potwierdzenia w załączniku nr 6 do Ogłoszenia.
 3. Oświadczenie Oferenta, że osoba/y wyznaczona/e do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada/posiadają aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
 4. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko, liczbę godzin gotowości do pracy oraz numer Zadania osoby, która będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem Umowy.
 6. Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy;
 5. Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.
 6. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej;

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
2. formularz cenowy dla Zadania nr 1 – zał. nr 4a do Ogłoszenia
3. formularz cenowy dla Zadania nr 2 – zał. nr 4b do Ogłoszenia
4. wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - zał. nr 4.1. do Ogłoszenia - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych;
4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia : **5 A:** dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą lub **5 B:** dotyczy podmiotów leczniczych
5. oświadczenie o posiadaniu minimum 1 roku doświadczenia zawodowego – **dotyczy wyłącznie Zadania nr 2** – zał. nr 6 do Ogłoszenia.

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;

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 nieprzejrzystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **...16.03... 2022r. do godz. 11:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienie, budynek G, I piętro, pokój 123 – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń.
2. Opakowanie zawierające ofertę powinno być zaadresowane:

INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń

Al. Dzieci Polskich 20; 04-730 Warszawa

oraz oznakowane następująco:

„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Izbie Przyjęć na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

– nr sprawy KO/CZD/09/22”

Nie otwierać koperty przed dniem ~~....16.03....~~ 2022r. do godziny 11.00

Zadanie nr

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 ~~...16.03..~~ 2022r. godz. 11.30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż do ~~.31.03..~~ 2022r. 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 80 punktów
 - b) Dostępność – max 20 punktów

Razem max do uzyskania 100 punktów

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	80 punktów	Najniższa zaofferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,80 (waga kryterium)
2.	Jakość	20 punktów	Zadeklarowana gotowość do udzielania świadczeń miesięcznie* : A: 144-168 godzin - 10 punktów B. 169-300 godzin - 20 punktów

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

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 Zamówienie jeśli będzie to możliwe uzyska je samodzielnie z ogólnodostępnych baz danych.
4. Udzielający zamówienia unieważni postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
 - a) nie wpłynęła żadna oferta;
 - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;
 - c) odrzucono wszystkie oferty;
 - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
 - e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, 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.

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 4a/4b),
- 5) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5),
- 6) Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia zawodowego min. 1 rok – dotyczy wyłącznie Zadania nr 2 (zał. nr 6).

.....
podpis Udzielającego Zamówienia

Warunki udzielania świadczeń dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2

1. Dni pracy – od poniedziałku do niedzieli ze świętami włącznie (wg harmonogramu),
2. Czas pracy: dyżury 12 godzinne (dienne i/ lub nocne)
3. Miejsce wykonywania zamówienia: Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"
- Izba Przyjęć
4. Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia do 28.02.2023r.
5. Miesięczny wymiar czasu pracy dla 1 osoby wynosi od 144 do 168 godzin/ od 169 do 300 godzin, wg harmonogramu uzgodnionego z zamawiającym oraz w zależności od potrzeb Zamawiającego - zgodnie ze złożoną ofertą (*niewłaściwe skreślić*).
6. Liczba osób wykonujących zamówienie: 4

Zakres świadczeń

Do zadań ww. osoby będzie należało zapewnienie kompleksowej opieki osobom zwracającym się o pomoc do Izby Przyjęć, w szczególności:

1. Rozpoznanie stanu pacjenta, problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych na podstawie danych uzyskanych z obserwacji / informacji uzyskanych od pacjenta/ opiekuna /członków zespołu terapeutycznego /zespołu ratowniczego,
2. Udzielanie odpowiedniej pomocy pacjentom w różnym stanie zdrowia, stosownie do stanu , diagnozy lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego - leczniczego,
3. 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, drogą doustną..
4. Udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej (zgodnie z odrębnymi przepisami).
5. Rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców,
6. Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w Instytucie .
7. Dbłość o sprawność techniczną aparatury medycznej, niezbędnej do udzielania świadczeń oraz narzędzi i sprzętu do wykonywania zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych.
8. Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami i aktualną wiedzą.
9. Współpraca z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie,
10. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta / Izby Przyjęć w zakresie objętym kompetencjami zawodowymi.

Zadania

1. Zapewnienie kompleksowej opieki medycznej osobom zwracającym się o pomoc do Izby Przyjęć,
2. Dokonywanie wstępnej oceny problemów pacjenta
3. Zawiadamianie niezwłocznie lekarza/lekarza dyżurnego o zgłoszeniu się pacjenta, przygotowywanie pacjenta do badania, a w razie potrzeby asystowanie i lub wykonywanie zabiegów doraźnych zleconych przez lekarza/lekarza dyżurnego.

4. Objęcie pacjenta doraźną opieką stosownie do jego stanu, w tym wykonanie pomiarów parametrów życiowych, pobranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych, i podanie zleconych leków,
5. Udzielanie pierwszej pomocy pacjentom w stanach zagrożenia życia i zdrowia,
6. Rejestracja osoby zgłaszającej się z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
7. Organizowanie sprawnego przyjęcia pacjenta do oddziałów zgodnie z przyjętymi procedurami,
8. Współdziałanie w udzielaniu świadczeń medycznych i pomocy doraźnej pacjentowi nie zakwalifikowanemu do hospitalizacji,
9. Zapewnienie bezpieczeństwa chorym wymagającym szczególnego nadzoru medycznego,
10. W przypadku podejrzenia lub potwierdzenia choroby zakaźnej u dziecka, zastosowanie izolacji pacjenta.
11. Przestrzeganie praw pacjenta oraz zasad etyki pielęgniarstwa,
12. Przeprowadzanie dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego,
13. Utrzymywanie stanowiska pracy w czystości i porządku,
14. Dokumentowanie wykonanych zabiegów, czynności pielęgnacyjnych i wyników obserwacji chorego,

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

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć w zakresie ratownictwa medycznego na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”.
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

§ 2**Obowiązki Stron**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich (*jeśli dotyczy*).
4. 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.
5. 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 w Izbie Przyjęć, zgodnie z zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, na tej podstawie planowany jest grafik pracy.
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 Izbie Przyjęć, 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.
6. 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.
7. 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.
8. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo kontroli przestrzegania przez Przyjmującego Zamówienie Umowy, w zakresie określonym w indywidualnym harmonogramie pracy.
9. Zlecenie przez Udzielającego Zamówienie mniejszej liczby godzin w danym miesiącu kalendarzowym nie rodzi żadnych roszczeń ze strony Przyjmującego Zamówienie.

10. 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 Izby Przyjęć.
11. 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 Izby Przyjęć 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;
12. 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.
13. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
14. 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.
15. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
16. 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;
17. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
18. 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.

19. 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 144 godzin do 168 godzin/od 169 godzin do 300 godzin (*niepotrzebne skreślić*). Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji świadczeń według potrzeb Zamawiającego, we wskazanym przedziale liczby 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 Zamówienie.
6. Zapłata należności następować będzie przelewem w terminie 14 dni od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienie, na wskazany rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
7. Z należnego Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, zostaną potrącone i odprowadzone składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne, 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 gospodarczą.

§ 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. 12 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 daty zawarcia do 28.02.2023r.** 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 indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przypadku podmiotów leczniczych i osób prawnych.

§10
Postanowienia końcowe

1. W zakresie nieuregulowanym Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
2. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowi właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
3. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

Załączniki 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

.....
Przyjmujący Zamówienie

.....
Udzielający Zamówienia

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

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

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

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

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Izbie Przyjęć na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” - 2 zadania (4 osoby).

- Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
- Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
- Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał/ 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.
- Oświadczam, że posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
- Oświadczam, że składam ofertę na Zadanie/a *(należy wybrać jedną preferowaną opcję poprzez postawienie znaku X)*: a) 1 b) 2 c) 1 i 2

....., dnia

.....

(podpis Oferenta)

* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą;

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: rozpoczęcie przed dniem 1 października 2019 r. studiów wyższych na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności)		
2	Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: rozpoczęcie po roku akademickim 2018/2019 studiów wyższych przygotowujących do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzonych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata oraz złożenie z wynikiem pozytywnym Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „PERM”		
3	Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: rozpoczęcie przed dniem 1 marca 2013 r. nauki w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny		
4	Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownik medyczny i uzyskanie prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami		
5	Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabytych w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanych w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej		
6	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
7	Formularz cenowy dla Zadania nr 1 (załącznik nr 4a do Ogłoszenia)		
8	Formularz cenowy dla Zadania nr 2 (załącznik nr 4b do Ogłoszenia)		
9	Wykaz personelu (zał. nr 4.1. do ogłoszenia) – dotyczy podmiotów leczniczych		
10	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia) - dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą.		
11	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) – dotyczy podmiotów leczniczych		

12	Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia zawodowego min. 1 rok (załącznik nr 6 do Ogłoszenia)- <u>dotyczy wyłącznie Zadania nr 2</u>		
13	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)		
14	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
15	Aktualna polisa OC		
16	Inne- wymienić jakie		

Podpis Oferenta

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH W IZBIE PRZYJĘĆ NA RZECZ PACJENTÓW 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 dla Zadania nr 1

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

..... zł brutto/godz.*

Słownie: zł brutto /godz.

KRYTERIUM b): Jakość - dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą

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

A.	144-168 godzin miesięcznie	<input type="checkbox"/>
B.	169-300 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.*

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

....., dnia

(podpis Oferenta)

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH W IZBIE PRZYJĘĆ NA RZECZ PACJENTÓW 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 dla Zadania nr 2

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

..... zł brutto/godz.*

Słownie: zł brutto /godz.

KRYTERIUM b): Jakość - dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą

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

A.	144-168 godzin miesięcznie	<input type="checkbox"/>
B.	169-300 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.*

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

....., dnia

(podpis Oferenta)

KRYTERIUM b): Dostępność;

Wykaz personelu- dotyczy podmiotów leczniczych (należy uzupełnić i wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)

W kryteriach oceny ofert można uzyskać:

b) Dostępność – max 20 punktów

Lp.	Oferent	Dostępność*		Numer Zadania	
	Imię i nazwisko	144-168 godzin miesięcznie	169-300 godzin miesięcznie	1	2
			należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X		

**W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy osoby/osób wyznaczonej/wyznaczonych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

(podpis Oferenta)

5 a Zgoda na przetwarzania danych osobowych - dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą.

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, 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 Oferenta.....

5 b Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany.....

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

Podpis Oferenta

Oświadczenie Oferenta- dotyczy wyłącznie Zadania nr 2- dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą.

Oświadczam, że posiadam doświadczenie zawodowe minimum 1 rok - **wymagane dla Zadania nr 2**

Podpis Oferenta

Oświadczenie Oferenta- dotyczy wyłącznie Zadania nr 2- dotyczy podmiotów leczniczych (*należy wskazać imię i nazwisko/imiona i nazwiska osoby/osób, która posiada/które posiadają doświadczenie zawodowe minimum 1 rok*):

Oświadczam, że osoba/y wyznaczona/e do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada/ją doświadczenie zawodowe minimum 1 rok - **wymagane dla Zadania nr 2:**

Lp.	Imię i nazwisko

Podpis Oferenta