KO/CZD/14/22

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 w zakresie opieki pielęgniarskiej w Poradni Okulistycznej i w Poradni Alergologicznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka” – 2 Zadania (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 w zakresie opieki pielęgniarskiej w Poradni Okulistycznej i w Poradni Alergologicznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka”- 2 Zadania (2 osoby).
   Zadanie nr 1 będzie wykonywane przez 1 osobę, w terminie od daty zawarcia do 28.02.2022r., miejscem udzielania świadczeń będzie Poradnia Okulistyczna.
   Zadanie nr 2 będzie wykonywane przez 1 osobę, w terminie 01.06.2022r. do 31.05.2023r., miejscem udzielania świadczeń będzie Poradnia Alergologiczna.
   Zadanie nr 1: CPV: 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki, Zadanie nr 2: CPV: 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki
3. **Udzielający Zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.**
4. **Termin wykonania zamówienia: Zadanie nr 1 : od daty zawarcia do 28.02.2023r. Zadanie nr 2 : od 01.06.2022r. do 31.05.2023r.,**
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. Posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza;
   3. Posiada minimum 2 lata doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza;
   4. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;
   5. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) –Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu przetaczania krwi i jej składników;

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

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza;
2. Oświadczenie Oferenta, że posiada minimum 2 lata doświadczenia w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu przetaczania krwi i jej składników;

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza;
2. Oświadczenie Oferenta, że posiada minimum 2 lata doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
3. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu przetaczania krwi i jej składników;
5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;
6. Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w „Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej":

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:
  3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:
  93 – indywidualna praktyka pielęgniarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
  94 – indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub
  98 – indywidualna praktyka pielęgniarska lub
  99 – indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska;

7. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych: -30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej.

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

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza wspólnika spółki/osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
2. Oświadczenie o posiadaniu minimum 2 lat doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza wspólnika spółki/osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia - do potwierdzenia w formularzu ofertowym.
3. Oświadczenie, o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych wspólnika spółki/osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu przetaczania krwi i jej składników wspólnika spółki/osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
5. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko oraz numer zadania wspólnika spółki/osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy, w przypadku spółki cywilnej- każdego ze wspólników spółki,
7. Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:
3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej
97 - grupowa praktyka pielęgniarek;
8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych: -30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

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

1. Dokumenty potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza członka praktyki grupowej/osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
2. Oświadczenie o posiadaniu minimum 2 lat doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza członka praktyki grupowej/ osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia - do potwierdzenia w formularzu ofertowym.
3. Oświadczenie, o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych przez członka praktyki grupowej/ osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu przetaczania krwi i jej składników członka praktyki grupowej/ osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia;
5. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko oraz numer zadania członka praktyki grupowej/ osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy- każdego z członków praktyki grupowej;
7. Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące. Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:
- Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:
3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej
97 - grupowa praktyka pielęgniarek;
8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych: -30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek;

5.1.5. W przypadku podmiotów leczniczych:

1. Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza osoby/osób wyznaczonej/nych przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;
2. Oświadczenie o posiadaniu minimum 2 lat doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza osoby/osób wyznaczonej/nych przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy - do potwierdzenia w formularzu ofertowym.
3. Oświadczenie, o posiadaniu aktualnych badań lekarskich niezbędnych do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych osoby/osób wyznaczonej/nych przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy -do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

4. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu przetaczania krwi i jej składników osoby/osób wyznaczonej/nych przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;
5. W załączniku nr 4.1. do Ogłoszenia należy wskazać imię i nazwisko oraz numer zadania osoby/osób wyznaczonej/nych do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy.
6. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy;
7. Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące:
- w rubryce 26 Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych:

Dla Zadania nr 1:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

HC.1.3.3 Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne

23 Okulistyka
Lub

Dla Zadania nr 2:

3 - Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- w rubryce 8 Zakres Świadczeń Zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej

HC.1.3.3 Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne

36 Alergologia

8. Polisa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 5 Ustawy z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r.;

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

6. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

1. formularz ofertowy – zał. nr 3 do Ogłoszenia- dotyczy wszystkich Oferentów
2. formularz cenowy– zał. nr 4 do Ogłoszenia– dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu;
3. Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - zał. nr 4.1. do Ogłoszenia - dotyczy grupowych praktyk pielęgniarek oraz podmiotów leczniczych
4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5a do Ogłoszenia – dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu lub zał. nr 5b do Ogłoszenia – dotyczy podmiotów leczniczych.

7. Sposób porozumiewania się Udzielającego Zamówienie z Oferentami.

1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
2. Wszelkie oświadczenia, zawiadomienia oraz informacje będą przekazywane przez Udzielającego Zamówienie i Oferentów w formie pisemnej lub w wersji elektronicznej.
3. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego Zamówienie o wyjaśnienie treści Ogłoszenia przed upływem terminu na składanie ofert.
4. Osoby uprawnione do porozumiewania się z Oferentami:

Karolina Szulim – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń,
Tel.: +48 22 815-16-78, e-mail: *k.szulim@ipczd.pl*;

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 w zakresie opieki pielęgniarskiej w Poradni Okulistycznej i w Poradni Alergologicznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka"
– nr sprawy KO/CZD/14/22"- 2 Zadania (2 osoby).
Nie otwierać koperty przed dniem ……16.03……. do godziny 11.00

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

3. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Udzielającego Zamówienie przed upływem terminu wyznaczonego do składnia 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 95 punktów

Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje przedmiotu zamówienia kwotę nie wyższą niż - 51,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

   b) Jakość – max 5 punktów

   Razem max do uzyskania 100 punktów

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	95 punktów	Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,95 (waga kryterium)

2.	Jakość	5 punktów	Dodatkowe dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymienione w pkt. 5.5. Ogłoszenia*: A. A. Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych - 0 punktów B. Przedstawiam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe - 5 punktów

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

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

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 Zamówienie są np. nieaktualne, niekompletne, wówczas Udzielający Zamówienie jeśli będzie to możliwe uzyska je samodzielnie z ogólnodostępnych baz danych.
4. Udzielający zamówienia unieważni postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
   a) nie wpłynęła żadna oferta;
   b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;
   c) odrzucono wszystkie oferty;
   d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
   e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Udzielający Zamówienia może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

12. Udzielenie zamówienia

1. Zamówienie zostanie udzielone Oferentowi, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o kryteria wyboru podane w pkt. 10. niniejszego Ogłoszenia.
2. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienie poinformuje na stronie internetowej Udzielającego

Zamówienie, podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres Oferenta, którego oferta została wybrana.

3. W przypadku dokonania wyboru oferty złożonej przez grupową praktykę pielęgniarek prowadzoną w formie spółki cywilnej Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia uchwały wspólników i/lub okazania aktualnej umowy spółki cywilnej.

13. Istotne postanowienia umowy

Istotne dla stron postanowienia, stanowią załącznik nr 2 do niniejszego Ogłoszenia.

14. Środki ochrony prawnej przysługujące Przyjmującym Zamówienie

1. Przyjmującym Zamówienie, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienie, unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania Przyjmujący Zamówienie może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń (bud. G – I p.) oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora Udzielającego Zamówienie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

Załączniki do Ogłoszenia:

1) Szczegółowy zakres zamówienia (zał. nr 1),
2) Istotne postanowienia umowy (zał. nr 2),
3) Formularz ofertowy (zał. nr 3),
4) Formularz cenowy (zał. nr 4),
5) Załącznik do formularza cenowego (zał. nr 4.1.) - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka pielęgniarek),
6) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - (zał. nr 5a) – dotyczy osób fizycznych, podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz każdego wspólnika spółki lub członka praktyki grupowej biorących udział w postępowaniu; - (zał. nr 5b) – dotyczy podmiotów leczniczych.

Marek Migdał
Elektronicznie podpisany przez Marek Migdał
Data: 2022.03.08 10:11:47 +01'00'

.....

podpis Udzielającego Zamówienie

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

Zadanie nr 1

1. Dni pracy - od poniedziałku do piątku (wg harmonogramu)
2. Miejsce Udzielania świadczeń: Poradnia Okulistyczna Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"
3. Liczba osób niezbędnych do udzielania świadczeń **–** 1 osoba
4. Termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia – 28.02.2023 r.
5. Miesięczna liczba godzin pracy wynosi od 80 do 160

Zakres świadczeń

Kompleksowa opieka pielęgniarska nad pacjentem Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" uwzględnieniem miejsca udzielania świadczeń, w tym m.in.:

1.1 Wykonywanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia u pacjentów w różnym wieku i w różnym stanie zdrowia.
1.2 Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych u poszczególnych pacjentów na podstawie danych uzyskanych z obserwacji i rozmów z pacjentami / lub ich rodzinami oraz informacji uzyskanych od członków zespołu terapeutycznego.
1.3 Utrzymanie sprawności technicznej powierzonego sprzętu, narzędzi, aparatury medycznej, niezbędnej do udzielana pierwszej pomocy oraz wykonywania zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych oraz diagnostycznych.
1.4 Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami i aktualną wiedzą.
1.5 Współpraca z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie podczas wizyty w Poradni.

2. Czynności:

- Rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców.
- Rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych u świadczeniobiorców.
- Prowadzenie wywiadu pielęgniarskiego.
- Wykonywanie podstawowych pomiarów parametrów życiowych, ich ocena i interpretacja.
- Ocena ogólnego stanu zdrowia oraz wykrywanie odchyleń od normy.
- Prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia.
- Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych zgodnie z odrębnymi przepisami.
- Ocena wpływu stosowanych leków oraz czynników wpływających na wynik prowadzonego badania / zabiegu.
- Pobieranie materiału do badań diagnostycznych.
- Udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej.
- Podawanie leków różnymi drogami (doustnych, wziewnych, do błon śluzowych, dożylnych, podskórnych, śródskórnych , wlewów dożylnych) i zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami.
- Wykonywanie zadań zgodnie z procedurami pielęgniarskimi i epidemiologicznymi stosowanymi w IPCZD, mającymi zastosowanie na stanowisku pracy.
- Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie objętym kompetencjami zawodowymi.

Zadanie nr 2

Warunki udzielania świadczeń: Zespół Poradni Specjalistycznych - Poradnia Alergologiczna

1. Liczba godzin do wypracowania w miesiącu: od 80 do 160 godzin miesięcznie wg harmonogramu uzgodnionego z zamawiającym oraz w zależności od potrzeb Zamawiającego,
2. Dni pracy – od poniedziałku do środy,
3. Czas pracy: 8:00 – 15:30
4. Termin wykonania zamówienia: 01.06.2022 r.- 31.05.2023 r.
5. Miejsce wykonywania zamówienia: Zespół Poradni Specjalistycznych - Poradnia Alergologiczna

Zadania i zakres pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych:

1. Zakres zadań:

Kompleksowa opieka pielęgniarska nad pacjentem Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczeń, w tym m.in.:

- Wykonywanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia u pacjentów w różnym wieku i w różnym stanie zdrowia,
- Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych u poszczególnych pacjentów na podstawie danych uzyskanych z obserwacji i rozmów z pacjentami / lub ich rodzinami oraz informacji uzyskanych od członków zespołu terapeutycznego,
- Utrzymanie sprawności technicznej powierzonego sprzętu, narzędzi, aparatury medycznej, niezbędnej do udzielana pierwszej pomocy oraz wykonywania zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych oraz diagnostycznych,
- Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami i aktualną wiedzą,
- Współpraca z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie podczas wizyty w Poradni,
- Stałe podnoszenie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej i udzielanych świadczeń medycznych,
- Przestrzeganie obowiązujących w IPCZD procedur mających zastosowanie na stanowisku pracy,
- Przestrzeganie obowiązującego regulaminu pracy, dyscypliny pracy , przepisów BHP i ppoż.
- Przestrzeganie i zachowanie tajemnicy służbowej oraz przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych

2. Czynności:
    - Rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców,
    - Rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych u świadczeniobiorców,
    - Prowadzenie wywiadu pielęgniarskiego,
    - Wykonywanie podstawowych pomiarów parametrów życiowych, ich ocena i interpretacja,
    - Ocena ogólnego stanu zdrowia oraz wykrywanie odchyleń od normy,
    - Prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia,
    - Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych zgodnie z odrębnymi przepisami,

- Ocena wpływu stosowanych leków oraz czynników wpływających na wynik prowadzonego badania,
- Pobieranie materiału do badań diagnostycznych,
- Udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej,
- Podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wlewów dożylnych,
- Wykonywanie zadań zgodnie z procedurami pielęgniarskimi i epidemiologicznymi stosowanymi w IPCZD, mającymi zastosowanie na stanowisku pracy,
- Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta i poradni w zakresie objętym kompetencjami zawodowymi.

Załącznik nr 2 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 opieki pielęgniarskiej.
2. Szczegółowy przedmiot Zamówienia przedstawia Załącznik nr 1 do Umowy.

§ 2
Obowiązki Stron

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada/że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza nr…… wydane przez ..... dnia .....oraz oświadcza, iż nie ma ograniczonego ani zawieszonego prawa wykonywania zawodu.
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 ustala zapotrzebowanie na personel pielęgniarski w danej komórce organizacyjnej, zgodnie z zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, na tej podstawie planowany jest grafik pracy dla personelu pielęgniarskiego.
   Szczegółowe harmonogramy pracy uzgadniane będą pomiędzy Przyjmującym Zamówienie, a Kierownikiem Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej Udzielającego Zamówienia. Ustalać on będzie z Przyjmującym Zamówienie czas wykonywania świadczeń na każdy miesiąc kalendarzowy w danej komórce organizacyjnej, uwzględniając potrzeby Udzielającego Zamówienia oraz ciągłość i kompleksowość udzielania świadczeń zdrowotnych. Harmonogram ze strony Udzielającego Zamówienia będzie zatwierdzany przez Kierownika Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, a w czasie jego nieobecności przez osobę upoważnioną.
3. W przypadku choroby lub zdarzeń losowych uniemożliwiających Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy zgodnie z Harmonogramem, o którym mowa w lit. a), Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Udzielającego Zamówienie, nie później niż na 12 godzin przed planowanym udzieleniem świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn. W sytuacjach nagłych i szczególnie uzasadnionych powiadomienie takie może nastąpić z krótszym wyprzedzeniem niż wskazane w zdaniu poprzednim i w takich przypadkach każdorazowo wymagane jest szczegółowe wykazanie okoliczności uniemożliwiających powiadomienie w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
4. Udzielający Zamówienia nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego Harmonogramu w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron Umowy z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość odmowy zastosowania się do wezwania celem świadczenia usług nie objętych Harmonogramem.
5. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo kontroli przestrzegania przez Przyjmującego Zamówienie Umowy, w zakresie określonym w indywidualnym harmonogramie pracy.
6. Zlecenie przez Udzielającego Zamówienie mniejszej liczby godzin w danym miesiącu kalendarzowym nie rodzi żadnych roszczeń ze strony Przyjmującego Zamówienie.
7. Przyjmujący zamówienie ma prawo do przerwy w świadczeniu usług dwukrotnie, przez okres nie dłuższy, niż 14 dni w roku kalendarzowym, bez prawa do wynagrodzenia. Przerwa w świadczeniu usług winna być zaplanowana tak, aby nie powodowała zakłóceń w realizacji umowy. Zaplanowana przerwa powinna zostać

zgłoszona na piśmie z minimum 30 dniowym wyprzedzeniem i uzgodniona z Kierownikiem Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej Udzielającego Zamówienia.

8. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:

a) Rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami prawa, z uwzględnieniem zasad etyki zawodowej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów, do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi usługami medycznymi w ramach niniejszej umowy;
b) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
c) Współpracować z personelem pielęgniarskim, lekarskim oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienie;
d) Niezwłocznie zgłaszać Udzielającemu Zamówienie każdy konflikt interesów i każdy inny fakt przeszkadzający, utrudniający lub uniemożliwiający należyte wykonywanie postanowień Umowy. Osobą wyznaczoną do kontaktu jest pracownik Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń;
e) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;
f) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, a także przepisów porządkowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Osobą upoważnioną do przekazania powyższych przepisów jest Pielęgniarka Oddziałowa bądź osoba ją zastępująca;
g) Uzyskiwać uprzednią zgodę Udzielającego Zamówienie na udzielanie wywiadów, w szczególności w prasie, radiu, telewizji, serwisach internetowych i mediach społecznościowych, dotyczących przedmiotowo wykonywania Umowy lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie;

9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić czytelnie i systematycznie dokumentację medyczną i sprawozdawczość statystyczną według zasad obowiązujących w podmiotach leczniczych, a w szczególności według zasad ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, korzystając z narzędzi udostępnionych przez Udzielającego Zamówienie.
10. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
11. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków transportu oraz materiałów medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które nie są pacjentami Udzielającego Zamówienia.
12. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
13. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do :
    a) stosowania obowiązującej odzieży ochronnej w trakcie wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie;
    b) zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych badań lekarskich stwierdzających brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w ramach niniejszej umowy, ważnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno- epidemiologicznych oraz zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Kopie dokumentów o których mowa powyżej oraz kopię dokumentu potwierdzającego wykształcenie Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawić w terminie 14 dni od daty zawarcia umowy;
14. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
15. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek uczestniczenia w planowanych szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia oraz do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych, zdobywania lub uzupełniania wiedzy i umiejętności, z inicjatywy Udzielającego Zamówienie albo za jego zgodą.
16. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się do:
    a) Zapłaty wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie;
    b) Udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie sprzętu i aparatury medycznej oraz zapewnienia materiałów medycznych niezbędnych do wykonywania Zamówienia;
    c) Zorganizowania obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami;

§ 3
Kontrola realizacji zamówienia

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

§ 4
Należność za realizację zamówienia

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

   …….. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

   Liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie przedmiotu umowy zgodnie ze złożoną ofertą wynosi od minimum 80 do maksimum 160 godzin. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do gotowości realizacji świadczeń według potrzeb Zamawiającego, we wskazanym przedziale ilości godzin, z zastrzeżeniem, że zapotrzebowanie na minimalną liczbę godzin przeznaczonych na realizację przedmiotu umowy może ulec zmniejszeniu w przypadkach uzasadnionych organizacją funkcjonowania komórki organizacyjnej, w której realizowane są świadczenia bądź zmniejszeniem środków finansowych uzyskanych od Płatnika Publicznego. Zmiana uwzględniana jest w harmonogramie ustalanym 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 potwierdzoną 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 działalności gospodarczej.

§ 5
Kary umowne

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie kary umowne:
   a) za niewykonanie świadczeń objętych Umową z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wysokości dwukrotnej wartości niewykonanych świadczeń;
   b) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1;
   c) za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 2 ust. 9 w wysokości 200,00 zł (dwieście złotych) za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie.
2. Udzielający Zamówienie zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

§6
Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **dla Zadania nr 1 od daty zawarcia do 28.02.2023r./ dla Zadania nr 2 od 01.06.2022r. do 31.05.2023r.** *(niewłaściwe skreślić)* 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 pielęgniarek oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk pielęgniarek 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 stanowić 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**

Załącznik nr 4 do Umowy

OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI

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

w związku z obecnością na terenie Instytutu „Pomnik -Centrum Zdrowia Dziecka”

w Warszawie w celu realizacji Umowy nr …….. zawartej dnia ……

niniejszym oświadczam, że:

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

- nie będę pozyskiwać, gromadzić, przetwarzać ani udostępniać jakichkolwiek danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych osobowych m.in. dotyczących stanu zdrowia, które przetwarzane są w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, w celach innych niż określone w Umowie.

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

Niniejsze oświadczenie obowiązuje na czas nieokreślony po zakończeniu Umowy.

……..…… ……..……

Miejscowość, data Podpis

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:
Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"**
Siedziba: **04-730 WARSZAWA, AL. DZIECI POLSKICH 20**

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

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

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:
Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Poradni Okulistycznej i w Poradni Alergologicznej na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka"**.**

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie *www.czd.pl*, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał/ osoba wyznaczona przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam/że Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją **minimum 2 lata doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam/że Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
7. **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 potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza		
2	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
3	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
4	Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy ł. nr 4.1. do Ogłoszenia - dotyczy grupowych praktyk pielęgniarek oraz podmiotów leczniczych		
5	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia) **-** dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu.		
6	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) **-** dotyczy podmiotów leczniczych		
7	DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - Dokument potwierdzający ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu przetaczania krwi i jej składników		
8	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy)		
9	Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące		
10	Aktualna polisa OC		
11	Inne- wymienić jakie		

Podpis Oferenta **……..**

Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W PORADNI OKULISTYCZNEJ I W PORADNI ALERGOLOGICZNEJ 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 i dla Zadania nr 2
UWAGA: W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi oraz w przypadku podmiotów leczniczych, należy wypełnić Załącznik do formularza cenowego - nr 4.1.

KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów *(należy uzupełnić):*

Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

…… zł brutto/godz.*

Słownie: …… zł brutto /godz.

***(Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje przedmiotu zamówienia kwotę nie wyższą niż - 51,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

KRYTERIUM b): Jakość - – dotyczy wszystkich Oferentów * *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

A.	Brak udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych	☐
B.	Przedstawiam udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe	☐

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

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

……., dnia …… (podpis Oferenta) ……

Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia- Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy

Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy- dotyczy osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk pielęgniarek i podmiotów leczniczych:

	Oferent	Numer Zadania	
		1	2
Lp.	Imię i nazwisko	należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X	

……
(podpis Oferenta)

Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

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

Ja, niżej podpisana/podpisany…….

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

LUB

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 ……..