

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 technika analityki medycznej w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka”**

**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.czdz.pl](http://www.czdz.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](mailto:k.szulim@ipczd.pl)

**1. Opis przedmiotu zamówienia**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika analityki medycznej w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka”.

**CPV: 85148000-8 Usługi analizy medycznej**

**2. Udzielający Zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.**

**3. Termin wykonania zamówienia: od 01.06.2022 do 31.05.2023r.**

**4. 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 dyplom technika analityki medycznej;
3. Posiada 5 lat doświadczenia w pracy na stanowisku technika analityki medycznej w jednostce prowadzącej kliniczną diagnostykę immunologiczną;
4. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych;
5. DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) – Dokument/y potwierdzający/e ukończenie szkolenia/szkoleń organizowanych przez Koło Techników Analityki Medycznej przy Polskim Towarzystwie Diagnostyki Laboratoryjnej;

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

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

1. Dokument potwierdzający uzyskanie dyplomu tytułu technika analityki medycznej;
2. Oświadczenie o posiadaniu 5 lat doświadczenia w pracy na stanowisku technika analityki medycznej w jednostce prowadzącej kliniczną diagnostykę immunologiczną -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/y potwierdzający/e ukończenie szkolenia/szkoleń organizowanych przez Koło Techników Analityki Medycznej przy Polskim Towarzystwie Diagnostyki Laboratoryjnej;

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

1. Dokument potwierdzający uzyskanie dyplomu tytułu technika analityki medycznej;
2. Oświadczenie o posiadaniu 5 lat doświadczenia w pracy na stanowisku technika analityki medycznej w jednostce prowadzącej kliniczną diagnostykę immunologiczną - 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/y potwierdzający/e ukończenie szkolenia/szkoleń organizowanych przez Koło Techników Analityki Medycznej przy Polskim Towarzystwie Diagnostyki Laboratoryjnej;
5. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy;

**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 wszystkich Oferentów.**
3. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia – **dotyczy wszystkich Oferentów.**

**7. Sposób porozumiewania się Udzielającego Zamówienie z Oferentami.**

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

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

5. Dokumenty składane przez Oferentów, w odpowiedzi na wezwanie do usunięcia braków formalnych w trybie art. 149 ust. 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, winny być złożone w formie pisemnej, tj. oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem lub elektronicznie (dokumenty winny być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym) w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.

**8. Opis sposobu przygotowania oferty.**

- 1) Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w formie pisemnej pod rygorem odrzucenia. Złożenie oferty alternatywnej skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
- 2) Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 3) Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez Oferenta lub przez osobę upoważnioną do jego reprezentowania. W przypadku podpisywania oferty przez osobę/osoby posiadające pełnomocnictwa, dokumenty pełnomocnictwa muszą być dołączone do oferty w oryginale lub w notarialnie uwierzytelnionej kopii.

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

1. Oferty należy składać w nieprzejrystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **...26.05...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 technika analityki medycznej w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” – nr sprawy  
KO/CZD/47/22**

**Nie otwierać koperty przed dniem ....26.05... 2022r. do godziny 11.00**

- i opatrzone nazwą oraz dokładnym adresem Oferenta. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnej z w/w opisem ponosi Oferent.
3. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Udzielającego Zamówienie przed upływem terminu wyznaczonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu.
  4. Udzielający Zamówienie odrzuci ofertę złożoną po terminie.
  5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi ...26.05.... 2022r. godz. 11.30 w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
  6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi nie później niż ...31.05... 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 98 punktów
  - b) Jakość – max 2 punkty

Razem max do uzyskania 100 punktów

L.p.	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1.	Cena	98 punktów	Najniższa zaofferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,98 (waga kryterium)
2.	Jakość	2 punkty	Dodatkowe dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymienione w pkt. 5.5. Ogłoszenia*: A. Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia - 0 punktów B. Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia - 2 punkty

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

*\*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale go 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)
- 7. 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), 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;
  - a) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;
  - b) odrzucono wszystkie oferty;
  - c) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
  - d) 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**

8. 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.
9. Środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienie, unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
10. 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.
11. 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.
12. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
13. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
14. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń (bud. G – I p.) oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie.
15. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
16. 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.
17. 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:**

- 4) Szczegółowy zakres zamówienia (zał. nr 1),
- 5) Istotne postanowienia umowy (zał. nr 2),
- 6) Formularz ofertowy (zał. nr 3),
- 7) Formularz cenowy (zał. nr 4),
- 8) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5).

.....  
*podpis Udzielającego Zamówienie*

### Szczegółowy Zakres Zamówienia

1. Liczba godzin do wypracowania w miesiącu: od 0 do 140 godzin, wg harmonogramu uzgodnionego z udzielającym zamówienia oraz w zależności od potrzeb Zamawiającego,
2. Dni pracy – od poniedziałku do piątku ( wg harmonogramu),
3. Termin wykonania zamówienia: 01.06.2022-31.05.2023
4. Miejsce wykonywania zamówienia: Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej- Pracownia Diagnostyki Immunologicznej IPCZD
5. Świadczenia będą udzielane przez 1 osobę

### Zakres obowiązków technika analityki medycznej:

1. Rejestrowanie zleceń i odprawianie techniczne wyników w Laboratoryjnym Systemie Informatycznym.
2. Przyjmowanie, rozdzielanie i dystrybucja materiału do badań.
3. Wykonywanie badań laboratoryjnych (prowadzenie hodowli, wykonywanie Testu Transformacji Błazystycznej, wykonywanie analiz laboratoryjnych na immunonefelometrze, wykonywanie oznaczeń metodą ELISA i spektrofotometryczną) .
4. Kalibrowanie i wstępna ocena kontroli jakości metod.
5. Konserwacja, na poziomie użytkownika, aparatury pomiarowej.
6. Zgłaszanie braków odczynnikowych, przygotowywanie odczynników, udział w inwentaryzacji odczynników.
7. Zgłaszanie awarii sprzętu laboratoryjnego.

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

1. Przedmiotem umowy, zwanym dalej Zamówieniem, jest realizacja na rzecz Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych, w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych przez technika analityki medycznej 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 niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie z uwagi na charakter stosunku zobowiązaniowego oraz szczególne warunki świadczeń, zobowiązuje się wykonywać Zamówienie samodzielnie bez pomocy osób trzecich.
3. 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.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przy realizacji Umowy:
  - a) Udzielać świadczeń zdrowotnych terminowo i zgodnie z Harmonogramem. Osobą upoważnioną po stronie Udzielającego Zamówienie do bieżącego kontaktu w sprawie uzgadniania Harmonogramu, o którym mowa, jest Kierownik Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej bądź osoba go zastępująca; Każda zmiana w planowanym harmonogramie powinna być zaakceptowana i zatwierdzona przez Kierownika Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej bądź osobę go zastępującą;
  - b) 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;
  - c) 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.
  - d) 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;
  - e) Dbać o dobre imię Udzielającego Zamówienie;
  - f) Współpracować z personelem pielęgniarskim, lekarskim oraz innymi pracownikami Udzielającego Zamówienie;
  - g) 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;
  - h) Na wniosek Udzielającego Zamówienie ustosunkowywać się do skarg pacjentów na nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych poprzez złożenie pisemnych wyjaśnień;
  - i) Przestrzegać przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP, przeciwpożarowych, a także przepisów porządkowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie. Osobą upoważnioną do przekazania

- powyższych przepisów jest Kierownik Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej bądź osoba go zastępująca;
- j) 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;
  5. 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.
  6. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z Umowy.
  7. 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.
  8. Przyjmujący Zamówienie nie może bez zgody Udzielającego Zamówienie wykonywać na terenie Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych nie objętych Umową.
  9. 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. Kopia dokumentu, o którym mowa powyżej, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przedstawić w terminie 14 dni od daty zawarcia umowy;
  10. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że wykonywanie przez niego świadczeń na rzecz innych podmiotów nie wpłynie na jakość i liczbę świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie Umowy.
  11. 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.
  12. 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 użytkowym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - e) realizacji zaleceń pokontrolnych.

**§ 4**

**Należność za realizację zamówienia**

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

..... **zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**Łączna wartość umowy wynosi ..... PLN (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. 2, 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. 2, jest rozumiane jako całościowy koszt, jaki Udzielający Zamówienie poniesie w związku ze świadczeniem Zamówienia przez Przyjmującego Zamówienie, zawierający w szczególności wynagrodzenie brutto, składki na ubezpieczenie społeczne finansowane przez Udzielającego Zamówienia oraz fundusz pracy. Kwota ta będzie stała bez względu na to, czy Udzielający Zamówienia będzie odprowadzał z wynagrodzenia składki na ubezpieczenie społeczne czy też nie.
9. Punkty 7 i 8 niniejszego paragrafu nie dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczej.

**§ 5**

**Kary umowne**

1. Przyjmujący Zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie kary umowne:
  - a) w sytuacji nie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń z winy Przyjmującego Zamówienie wskutek nieuzasadnionej nieobecności - w wysokości podwójnej stawki godzinowej za każdą godzinę nieobecności na podstawie zatwierdzonego harmonogramu przez Strony ;
  - b) za naruszenie postanowień § 8 lub 9 umowy w wysokości 2% łącznej wartości Umowy brutto, o której mowa w § 4 ust. 1 zdanie drugie;
  - c) za naruszenie postanowień umowy wskazanych w § 2 ust. 5 w wysokości 200,00 zł brutto za każdy stwierdzony brak w dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie.
2. Udzielający Zamówienie zastrzega prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych, na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

## §6

### Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje od **01.06.2022r.** do **31.05.2023r.** 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 oraz osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą.

### **§10**

#### **Postanowienia końcowe**

- 3. 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.
- 4. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
- 5. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część.
- 6. 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: Formularz cenowy

Załącznik nr 3: Oświadczenie o poufności

.....  
**Przyjmujący Zamówienie**

.....  
**Udzielający Zamówienia**

**OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI**

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

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

niniejszym oświadczam, że:

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

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

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

Niniejsze oświadczenie obowiązuje na czas nieokreślony po zakończeniu Umowy.

.....  
 Miejscowość, data

.....  
 Podpis

**Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:**

Nazwa: INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

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

**FORMULARZ OFERTOWY****Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:**

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

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielenie świadczeń zdrowotnych przez technika analityki medycznej w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie [www.czd.pl](http://www.czd.pl), w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam 5 lat doświadczenia w pracy na stanowisku technika analityki medycznej w jednostce prowadzącej kliniczną diagnostykę immunologiczną – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.

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

.....

*(podpis Oferenta)*

\* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą;

Spis załączników:

L.p.	Rodzaj dokumentu	Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)	
		TAK	NIE
1	Dokument potwierdzający uzyskanie dyplomu tytułu technika analityki medycznej		
2	Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia)		
3	Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia)		
4	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia)		
5	Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy		
6	<u>DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY)</u> – Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia/szkożeń organizowanych przez Koło Techników Analityki Medycznej przy Polskim Towarzystwie Diagnostyki Laboratoryjnej		
7	Inne- wymienić jakie		

.....

Podpis Oferenta

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ TECHNIKA ANALITYKI MEDYCZNEJ W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ LABORATORYJNYCH 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/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: .....

Adres Przyjmującego Zamówienie: .....

**Formularz cenowy**

**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 wszystkich oferentów (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

A.	Brak udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych <u>innych niż niezbędne</u> do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5.5 Ogłoszenia	<input type="checkbox"/>
B.	Przedstawiam udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe wymienione w punkcie 5.5 Ogłoszenia	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

(podpis) .....

**Zgoda na przetwarzania danych osobowych - dotyczy wszystkich Oferentów.**

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 .....