

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

Udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań polisomnograficznych przez personel pielęgniarski na Oddziale Otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” 2 osoby

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań polisomnograficznych przez personel pielęgniarski w Oddziale Otolaryngologii na rzecz pacjentów IPCZD, zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ogłoszenia.

KOD CPV: 85141200-1 – Usługi świadczone przez pielęgniarki

2. Zamówienie będzie wykonywane w siedzibie Udzielającego Zamówienia przy pomocy sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej Udzielającego Zamówienia.
3. Zamówienie będzie wykonywane przez 2 osoby zgodnie z opisem zawartym w załączniku nr 1 do Ogłoszenia.
4. Wynagrodzenie miesięczne będzie rozliczane przyjmując wynagrodzenie za udział przy procedurze medycznej – badaniu polisomnograficznym.
5. Warunki stawiane oferentom oraz wymagane dokumenty określono w załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
6. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia kieruje się:
 - a) kryterium ceny - Oferent otrzyma największą liczbę punktów za najniższą cenę oferty,
 - b) w kryterium jakość - punkty przyznawane będą za przedstawienie dokumentów poświadczające dodatkowe kwalifikacje zawodowe.

| L.p. | Nazwa kryterium | Waga kryterium w punktach | Sposób punktowania |
|------|-----------------|---------------------------|---|
| 1. | Cena | 90 punktów | Najniższa zaoferowana cena oferty / cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,90 |
| 2. | Jakość | 10 punktów | Posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych: <ul style="list-style-type: none">• Kurs specjalistyczny w zakresie RKO,• Kurs kwalifikacyjny – pielęgniarstwo pediatryczne• Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego |

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

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

**W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.*

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku) spośród ofert niepodlegających odrzuceniu.



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

„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań polisomnograficznych przez personel pielęgniarski w Oddziale Otolaryngologii na rzecz pacjentów IPCZD” nr sprawy OM/CZD/05/22.

Nie otwierać przed dniem 29.08 , przed godziną 12.00."

Oferty należy składać do dnia 29.08 . do godz. 11.00 w siedzibie Zamawiającego w budynku G pok.123 (I piętro) lub przesać drogą pocztową na adres Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa.

8. Oferent jest związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
9. O rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający Zamówienia poinformuje na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia podając nazwę i adres oferenta, który został wybrany.
10. Oferentowi wybranemu w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia wskaże termin i miejsce podpisania umowy.
11. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert.
12. Udzielający Zamówienia zamieszcza ogłoszenie zgodnie z art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dodatkowych informacji o warunkach konkursu udziela w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie przy Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, budynek G pokój 123, w godz. 08:00 – 15.35, Anna Andrychowska, tel. 22 815 11-18, e-mail: a.andrychowska@ipczd.pl

Załączniki do Ogłoszenia:

- Opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
- Wymagania stawiane oferentom (zał. nr 2),
- Formularz ofertowy (zał. nr 3),
- Formularz cenowy (zał. nr 4),
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 5),
- Istotne postanowienia umowy (zał. nr 6),

.....
podpis Udzielającego Zamówienie



Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań polisomnograficznych przez personel pielęgniarski w Oddziale Otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka„

1. Dni pracy - **od poniedziałku do niedzieli**(wg harmonogramu)
2. Miejsce Udzielania świadczeń: **Oddział Otolaryngologii** Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"
3. Liczba osób niezbędnych do udzielania świadczeń – 2 osoby
4. Termin wykonania zamówienia: 01.09.2022 r. – 30.04.2024r.
5. Miesięczna liczba wykonywanych badań: max 5

Zakres świadczeń

Do zadań pielęgniarki w czasie badania polisomnograficznego należą:

1. Przygotowanie aparatu oraz oprzyrządowania do wykonania badania.
2. Przygotowanie pacjenta do badania – wyjaśnienie istoty i celu badania polisomnograficznego.
3. Podłączenie pacjenta do badania polisomnograficznego.
4. Kontrola poprawności technicznej podłączonego badania w programie komputerowym do polisomnografii.
5. Przygotowanie pliku z wykonanego badania dla lekarza wykonującego opis badania.



Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

1. W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:

- 1.1. Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i posiada uprawnienia do wykonywania zamówienia
- 1.2. Posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza,
- 1.3. Posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 1.4. Posiada min. 1 rok doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza- do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

Dokumenty i oświadczenia, które Oferenci powinni złożyć w ofercie, w celu potwierdzenia spełniania warunków, o których mowa w pkt. 1 niniejszego Ogłoszenia:

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

- 2.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu pielęgniarski/pielęgniarsza,
- 2.2. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 2.3. Oświadczenie Oferenta, że posiada min. 1 rok doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza – do potwierdzenia w formularzu ofertowym;

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

- 3.1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza,
- 3.2. Oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych - do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.3. Oświadczenie Oferenta, że posiada min. 1 rok doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza- do potwierdzenia w formularzu ofertowym;
- 3.4. Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy,
- 3.5. wypis z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące.

Wymagany jest wpis w księdze rejestrowej w Rodzaj działalności leczniczej i praktyki zawodowej:

Rubryka 15. Rodzaj działalności leczniczej:

1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne

- Rubryka 16. Kod rodzaju praktyki zawodowej:

93 - indywidualna praktyka pielęgniarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie neurologii dziecięcej lub

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie neurologii dziecięcej lub

98 – indywidualna praktyka pielęgniarska lub

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska;



3.6. 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. Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:

- 5.1. formularz oferty – zał. nr 3 do Ogłoszenia
- 5.2. formularz cenowy - zał. nr 4 do Ogłoszenia
- 5.3. zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zał. nr 5 do Ogłoszenia

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



Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

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

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

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

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do ogłoszenia medycznego na udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań polisomnograficznych przez personel pielęgniarski w Oddziale Otolaryngologii na rzecz pacjentów IPCZD”2 osoby:

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. 1 w załączniku nr 2 do Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał /osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzenie spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.3. załącznika nr 2 do Ogłoszenia.



6. Oświadczam, że posiadam **min. 1 roczne doświadczenie w pracy w zawodzie pielęgniarzki/pielęgniarza** – potwierdzenie spełnienia warunku, o którym mowa w pkt. 1.4. załącznika nr 2 do Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że jestem związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
8. Oświadczam, że przed zawarciem Umowy zobowiązuje się zapoznać ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – dotyczy osób mających po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

....., 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 zawodu pielęgniarki/pielęgniara | | |
| 2 | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy | | |
| 3 | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące | | |
| 4 | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej | | |
| 5 | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) | | |
| 6 | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) | | |
| 7 | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) – dotyczy wszystkich oferentów | | |
| 8 | Inne- wymieniń jakie | | |

.....
Podpis Oferenta



Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

FORMULARZ CENOWY

KRYTERIUM 1: CENA - dotyczy wszystkich oferentów *(należy uzupełnić):*

| | |
|--|---|
| Nazwa świadczenia | Oferowana cena za udział przy jednym badaniu polisomnograficznym w PLN brutto <i>(wypełnia oferent)</i> |
| Wynagrodzenie za udział przy procedurze badania polisomnograficznego | PLN Słownie: |

Kryterium 2: JAKOŚĆ- dotyczy wszystkich oferentów

Należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X:

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

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

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

**W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.*

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

....., dnia

.....(podpis Oferenta)



Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

5a

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk pielęgniarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk pielęgniarskich

Ja, niżej podpisana/podpisany.....

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis.....



Załącznik nr 6 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 prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza nr..... wydane przez dniaoraz oświadcza, iż nie ma ograniczonego ani zawieszonoego 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.
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. 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.
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 Kierownik Działu Organizacji Pracy Klinicznej 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 Zamówienia albo za jego zgodą.
16. Udzielający Zamówienia 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 Zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia i inne uprawnione organy oraz podmioty, dotyczącej w szczególności dostępności, jakości i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej, gospodarowania środkami, przestrzegania praw pacjenta, a w związku z tym Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udostępnienia wszelkich dokumentów, danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzania kontroli przebiegu wykonywania świadczeń i ich jakości w zakresie, w szczególności:
 - a) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń;
 - b) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej;
 - c) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej oraz jej terminowości;
 - d) gospodarowania użytym sprzętem, aparaturą medyczną, lekami i innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - e) realizacji zaleceń pokontrolnych.

§ 4

Należność za realizację zamówienia

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

..... zł brutto za udział przy procedurze badania polisomnograficznego

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 Zamówienia 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 działalność gospodarczej.

§ 5

Kary umowne

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

§ 6

Czas trwania umowy

1. Niniejsza Umowa obowiązuje **od 01.09.2022 do 30.04.2024** 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 i osób prowadzących jednoosobową praktykę pielęgniarską.

§10

Postanowienia końcowe

1. W zakresie nieuregulowanym Umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.



2. W przypadku powstania sporu na tle realizacji Umowy strony zobowiązują się prowadzić negocjacje w celu jego rozstrzygnięcia; w razie niepowodzenia negocjacji spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie sądowni właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienie.
3. Załączniki do Umowy stanowiąc będą jej integralną część.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienie, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

Załączniki 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

Załącznik nr 5: Oświadczenie udzielającego świadczenia medyczne o zapoznaniu się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w IPCZD (jeśli dotyczy)

.....

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 5 do umowy

- dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną praktykę pielęgnarską

Adaptacji ogólnej w Instytucie podlegają osoby mające po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIA MEDYCZNE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE ZBIOREM

WYTYCZNYCH I ZASAD OBOWIĄZUJĄCYCH W IPCZD

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/łem się ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania.

.....
(data i podpis)

Zakres adaptacji ogólnej:

- Szkolenie z zakresu systemu zarządzania jakością i programu poprawy jakości
- Szkolenie z zakresu: ppoż., zdarzeń masowych i katastrof, topografii szpitala
- Szkolenie z zakresu zakażeń szpitalnych
- Szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych

Szkolenie z zakresu bhp