

**OGŁOSZENIE**  
**O konkursie ofert Nr KO 23 /2020**  
**Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie**

działając na podstawie art. 46 w związku z art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej tj. Dz.U. 2020poz. 295 ze zm.

**OGŁASZA**

konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez:

**PREPARATORA SEKCYJNEGO:**

- W ZAKŁADZIE PATOMORFOLOGII

Niniejszy konkurs ofert skierowany jest do osób nie zatrudnionych na umowę o pracę w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie z chwilą podpisania umowy cywilno – prawnej.

Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres od dnia 01.01.2021r. do 31.12.2030 roku.

Ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu można zapoznać się w Dziale Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych, tel. 023 67 30 469 oraz na stronie internetowej Szpitala - [www.szpitalciechanow.com.pl](http://www.szpitalciechanow.com.pl).

Składanie ofert i rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w siedzibie zamawiającego w terminach:

- Składanie ofert - do 18.12.2020 r. do godz. 11.00 Kancelaria Szpitala
- Otwarcie ofert - 18.12.2020 r. godz. 12.00 Sala Seminarijna Szpitala
- Rozstrzygnięcie konkursu ofert - 23.12.2020 r. godz. 15<sup>00</sup>

Zamawiający zastrzega sobie prawo odwołania konkursu w całości lub wybranego zakresu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podawania przyczyn

  
DYREKTOR  
Andrzej Kamasa



**O F E R T A**  
**o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w :

**1. Zakładzie Patomorfologii - preparator sekcyjny**

**Dane adresowe**

Imię i nazwisko (nazwa podmiotu leczniczego).....

Adres .....

Telefon ..... adres e-mail :.....

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr działalności gospodarczej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

**Preparator sekcyjny:**

I wariant : stawka za godzinę udzielania świadczeń -.....zł/godz

II wariant: stawka ryczałtowa za udzielanie świadczeń - ..... zł/ryczałt miesięczny

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie łącznie ze stażem podyplomowym wynosi :.....lat.
3. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności, świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
6. Oświadczenie, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dla pracowników, osób ubiegających się o zatrudnienie w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie o przetwarzaniu danych osobowych i praw z tym związanych .

Ciechanów dnia .....

.....

(podpis)



## SPECYFIKACJA

### Podstawa prawna:

art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2020, poz. 295 ze zm.)

### I. Postanowienia ogólne

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie zaprasza do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez:

#### PREPARATORA SEKCYJNEGO W :

- ZAKŁADZIE PATOMORFOLOGII

- 1.1. Niniejszy konkurs ofert skierowany jest do osób, które nie mają podpisanej umowy o pracę ze Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Ciechanowie w chwili podpisania umowy cywilno - prawnej.
- 1.2. Od osób składających oferty wymagane są następujące kwalifikacje zawodowe:
  - PREPARATOR SEKCYJNY: wykształcenie średnie, ukończenie kursu laboranta sekcyjnego, odporność na stres .
- 1.3. **Do obowiązków Preparatora sekcyjnego w Zakładzie Patomorfologii w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w szczególności należy:**
  - Przygotowanie zwłok: usuwanie sprzętu medycznego, mycie i ubieranie zwłok przed wydaniem ich osobom upoważnionym.
  - Przygotowanie zwłok do sekcji.
  - Asystowanie lekarzowi w czasie wykonywania sekcji zwłok oraz ich zaszycie i umycie po zakończeniu badania pośmiertnego.
  - Utrzymanie w należyтым porządku i czystości sali sekcyjnej oraz innych pomieszczeń w części prosektoryjnej.
  - Odbieranie z sekretariatu Dyrekcji zaświadczeń o odstąpieniu od badania pośmiertnego i ich archiwizowanie.
  - Prowadzenie dokumentacji: Książki Zgonów, Rejestru Dzieci Martwo Urodzonych, Rejestru Szczątków Ludzkich, gromadzenie oświadczeń o rezygnacji z pochówku dzieci martwo urodzonych i szczątków ludzkich.
  - Sprawdzanie prawidłowego oznaczenia dostarczonych zwłok przez Oddział i zgłaszanie Kierownikowi stwierdzonych nieprawidłowości.
  - Dopilnowanie, aby osoba upoważniona odbierająca zwłoki dokonała identyfikacji zwłok oraz pokwitowała odbiór zwłok w Książce Zgonów.
  - Powiadomienie Kierownika Zakładu o zauważonych nieprawidłowościach funkcjonowania urządzeń prosektorium.
  - Przygotowanie do utylizacji pooperacyjnego materiału tkankowego opracowywanego w Zakładzie Patomorfologii.
  - Taktowny i życzliwy stosunek do osób odbierających zwłoki oraz współpracowników.
  - Noszenie w czasie pracy odzieży ochronnej.
- 1.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się według harmonogramu pracy ustalonego przez Kierownika Zakładu Patomorfologii, działającego z upoważnienia udzielającego zamówienia.
- 1.5. Udzielający zamówienia na czas udzielania świadczeń udostępnia przyjmującemu zamówienie sprzęt, aparaturę medyczną, niezbędne druki, formularze.
- 1.6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do należytej dbałości o użytkowany sprzęt, aparaturę i odpowiedzialności za utratę lub zniszczenie na zasadach określonych przepisami kodeksu cywilnego.

- 1.7. Przyjmujący zamówienie w czasie, w którym zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych nie może opuścić miejsca udzielania świadczeń w żadnych okolicznościach, chyba że zapewni zastępstwo innego świadczeniodawcy z odpowiednimi kwalifikacjami informując o tym Kierownika Zakładu Patomorfologii.
- 1.8. Rozliczenie kontraktu będzie odbywało się na podstawie listy obecności potwierdzonej przez Kierownika Zakładu Patomorfologii działającego z upoważnienia w imieniu Udzielającego zamówienia.
- 1.9. Oferty konkursowe mogą składać podmioty działalności leczniczej lub indywidualne praktyki lekarskie wpisane do właściwych rejestrów w tym rejestrze podmiotów leczniczych i podmioty prowadzące działalność gospodarczą w danym zakresie.
- 1.10. Nie można łączyć udzielania świadczeń zdrowotnych wyłonionych w drodze niniejszego konkursu ofert z pracą w ramach umowy o pracę w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.
- 1.11. Każdy przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej.
- 1.12. Udzielający zamówienia nie zapewnia przyjmującemu zamówienie odzieży roboczej i posiłków regeneracyjnych.
- 1.13. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do nie podpisania umowy z przyjmującym zamówienie w przypadku, nie podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- 1.14. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność prawną i fizyczną za wystawione niezgodnie z obowiązującymi druki oraz inne zaświadczenia i druki firmowe podpisane i opieczętowane przez Przyjmującego zamówienie.
- 1.15. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów do celu przeprowadzonego postępowania konkursowego.
- 1.16. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
  - A/ przestrzegania przepisów bhp i p/poż obowiązujących na terenie zakładu
  - B/ przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania.

## **II. Materiały konkursowe**

- 2.1. Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych powinna zawierać n/w dokumenty:
  - 1) wypełniony formularz ofertowy (Załącznik Nr 1)
  - 2) przebieg pracy zawodowej
  - 3) kserokopie:
    - dyplomu ukończenia szkoły
    - zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach
    - zaświadczenia o odbytych kursach potwierdzających umiejętności
    - wpisu do właściwych rejestrów
    - zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej,
    - aktualne zaświadczenie lekarskie medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy na danym stanowisku
    - aktualne zaświadczenia bhp i p/poż
    - polisa ubezpieczeniowa
- 2.2. Komisja konkursowa w części jawnej może zażądać przedstawienia do wglądu oryginałów przedstawionych kserokopii.

## **III. Składanie ofert**

- 3.1. Oferty należy składać do Kancelarii Zamawiającego na adres: Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów, w zamkniętych kopertach **do dnia 18.12.2020r. godz. 11.00**

3.2. Na kopercie należy umieścić oznaczenie:

Imię, nazwisko, adres oferenta

**OFERTA NA KONKURS OFERT**  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....  
**(PRZEDMIOT KONKURSU OFERT)**

3.3. Oferty złożone po wyznaczonym terminie w pkt. 3.1. uznane będą za nieważne.

3.4. Oferent może zmodyfikować lub wycofać ofertę za pomocą pisemnego powiadomienia przed datą składania ofert.

3.5. Termin związania ofertą 5 dni.

3.6. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu w całości lub w danym zakresie i do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

#### **4. Otwarcie ofert i ich ocena**

4.1. Otwarcie ofert nastąpi w **dniu 18.12.2020r. o godz. 12.00** w sali seminaryjnej Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie ul. Powstańców Wielkopolskich 2,

4.2. Kryteria oceny:

- proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych
- wiarygodność oferenta (kwalifikacje, umiejętności, posiadane doświadczenie)

4.3. W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne komisja może zobowiązać oferenta do usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

#### **5. Wybór oferenta**

5.1. Zamawiający wybierze oferenta, który posiada kwalifikacje zgodne z wymaganymi oraz przedstawił najkorzystniejszą ofertę. W przypadku przedstawienia przez oferenta wyższej stawki od możliwości finansowania przez zamawiającego, mogą być prowadzone negocjacje w sprawie ceny.

5.2. Powiadomienie o wyborze oferenta nastąpi niezwłocznie po zakończeniu konkursu ofert.

5.3. Powiadomienie oferenta o przyjęciu jego oferty oznaczać będzie, że z nim zostanie zawarta umowa.

5.4. Oferent może złożyć do Udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 5 dni od daty otrzymania zawiadomienia.

5.5. Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Patomorfologii w charakterze Preparatora Sekcyjnego zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres **od dnia 01.01.2021r. do 31.12.2030r.**

5.6. Z wybranym oferentem zostanie podpisana umowa w terminie 5 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

5.7. Nie podpisanie umowy przez oferenta w uzgodnionym terminie będzie wystarczającym powodem do anulowania wyboru tego oferenta.

  
DYREKTOR  
Andrzej Kamasa





# UMOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (projekt)

zawarta w dniu ..... w Ciechanowie

pomiędzy: **Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Ciechanowie, 06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2**, zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym w Sądzie pod nr 0000008892 posiadający NIP 566-10-19-200 oraz REGON 000311622

reprezentowanym przez: **Andrzeja Kamasę - Dyrektora**  
zwanym dalej **Udzielającym zamówienia**

a

.....zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie**

Podstawą prawną do zawarcia umowy jest art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz.295 ze zm.)

## § 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **Preparatora sekcyjnego w Zakładzie Patomorfologii**, zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi, dla szacunkowej liczby 90 000 pacjentów uprawnionych do świadczeń zdrowotnych.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania czynności, o którym mowa w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

## § 2

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 niniejszej umowy i oświadcza, iż wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania obowiązującymi w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych, na zasadach wynikających z ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych przepisów.

## § 3

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** w siedzibie **Udzielającego Zamówienie**, a w szczególności: w Zakładzie Patomorfologii przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej, stanowiących własność **Udzielającego zamówienie**. Sprzęt i aparatura medyczna spełniają wymagania niezbędne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do pracy w **Zakładzie Patomorfologii** w liczbie godzin ustalanych co miesięcznie z **Udzielającym zamówienia**.
3. Szczegółowy czas udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu określa harmonogram, każdorazowo ustalany w drodze porozumienia przez strony umowy.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, należących do **Udzielającego zamówienia** zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.
5. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego należącego do **Udzielającego zamówienie**, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez **Przyjmującego zamówienie**.
6. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania.
7. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów w celu realizacji umowy.
8. Przyjmujący zamówienie w wykonywaniu swoich obowiązków, organizacyjnie podlega Kierownikowi Zakładu Patomorfologii działającemu w imieniu Udzielającego zamówienia.
9. **Przyjmujący zamówienie** może powierzyć wykonanie niniejszej umowy osobie trzeciej po uzyskaniu pisemnej zgody **Udzielającego zamówienie**.
10. Jako osobę, która będzie uczestniczyć w realizacji umowy, **Przyjmujący zamówienie** wskazuje swojego pracownika (imię i nazwisko).
11. **Przyjmujący zamówienie** ponosi pełną odpowiedzialność za działania i zaniechania osoby wskazanej w pkt.10 związane z realizacją niniejszej umowy.

## § 4

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 01.01.2021r. do dnia 31.12.2030r.

## § 5

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez **Udzielającego zamówienie** z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowemu Funduszowi Zdrowia w zakresie świadczeń medycznych będących przedmiotem umowy.

## § 6

**Przyjmujący zamówienie** jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 ze zm.).

## § 7

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z wykonania umowy wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 składane jest w terminie do 3 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. W imieniu **Udzielającego zamówienia** sprawozdania weryfikuje Kierownik Zakładu Patomorfologii, a w przypadku jego nieobecności osobę wskazaną przez **Udzielającego zamówienie**.

## § 8

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie . (wg złożonej oferty )
2. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy **Udzielający zamówienie** wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 14 dni po dniu dostarczenia przez **Przyjmującego zamówienie** faktury/rachunku.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.
4. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana **Przyjmującemu zamówienie** na jego rachunek bankowy wskazany na fakturze/ rachunku. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienie**.

## § 9

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że wykonywane usługi określone w § 1 umowy wchodzi w zakres prowadzonej przez **Przyjmującego zamówienie** poza rolniczej działalnością gospodarczej.
2. **Przyjmujący zamówienie** ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną przez niego działalnością.
3. **Przyjmujący zamówienie** samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne tytuły wpłat) oraz z Urzędem Skarbowym.

## § 10

1. Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową **Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez **Udzielającego zamówienie**.

## § 11

1. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność wobec osób trzecich za rezultat wykonanych świadczeń zdrowotnych.
2. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, wynikających z:
  - a) niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
  - b) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
  - c) nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy i niekompletny,
  - d) braku realizacji zaleceń pokontrolnych.
3. **Udzielający zamówienia** uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia a **Udzielającym zamówienia**, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez **Przyjmującego zamówienie** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
4. **Przyjmujący zamówienie** wyraża zgodę na potrącenie kwot wyżej wymienionych kar/obciążeń finansowych z bieżącego wynagrodzenia przysługującego od **Udzielającego zamówienia**, powstałych na skutek zawinionych działań **Przyjmującego zamówienie**.

1. O nałożeniu obciążenia każdorazowo **Przyjmujący zamówienie** będzie powiadamiany w formie pisemnej.
2. W przypadku kiedy wysokość szkody spowodowanej przez **Przyjmującego zamówienie** przewyższa zastrzeżone w umowie kary umowne, Świadczeniodawca ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

## § 12

1. Niezależnie od § 11 Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo nałożenia na Przyjmującego zamówienie kary umownej :
  - a) za każde uchybienie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc;
  - b) za każdy dzień uchylenia terminowi złożenia dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc;
  - c) za każdy dzień nieusprawiedliwionej i nieuzgodnionej nieobecności w wysokości 1/20 wartości należnej za dany miesiąc.
2. Postanowienia paragrafu 11 i 12 nie wyłączają stosowania zapisów umowy dotyczących możliwości jej rozwiązania.

## § 13

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do:

1. Ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1 najpóźniej w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, w razie zawarcia nowego ubezpieczenia do złożenia nowej polisy w terminie 7 dni od daty zawarcia ubezpieczenia.
3. Utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.
5. Zabezpieczenia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych szkoleń z zakresu bhp i aktualnych badań profilaktycznych.
6. Poddanie się okresowej ocenie pracownika, w związku z Systemem Zarządzania Jakością jaki funkcjonuje u **Udzielającego zamówienie**.

## § 14

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U.2019 poz. 1373 z późn.zm.), ustawy o działalności leczniczej (Dz.U 2020, poz. 295ze zm. ), oraz Kodeksu cywilnego.
2. Specyfikacja konkursowa stanowi załącznik do niniejszej umowy dookreślający jej zakres.

## § 15

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach.:

- 1) z upływem czasu, na który została zawarta,
- 2) na mocy porozumienia stron,
- 3) w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli **Przyjmujący zamówienie** postanowienia umowy lub jeśli dalsza realizacja umowy nie leży w interesie **Udzielającego zamówienia**.
- 4) w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem tygodniowego okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie **Przyjmującego zamówienie**, dotyczących:
  - a) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich niewłaściwej ilości i jakości;
  - b) nie przedstawiania w ustalonym niniejszą umową terminie wymaganych sprawozdań i informacji.
- 5) uzasadnionych skarg pacjentów, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych.

## § 16

**Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli **Przyjmujący zamówienie**:

1. Utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszono.
2. Przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody **Udzielającego zamówienia**.
3. Nie dotrzymał warunków określonych w § 11 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
4. W sposób rażący naruszył postanowienia niniejszej umowy.

## § 17

**Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia w przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez **Udzielającego zamówienia** z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy w tym trybie **Udzielający zamówienia** złoży Przyjmującemu zamówienie na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu stosownej informacji.

## § 18

**Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zwłoki w wypłacie wynagrodzenia, o którym mowa w § 8 przekraczającej 14 dni lub w przypadku rażącego naruszenia innych postanowień umowy.

## § 19

Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji ( Dz.U. z 2018r. poz. 419) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

## § 20

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Udzielającego Zamówienia jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

## § 21

Zmiany do umowy dokonywane są w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności.

## § 22

Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy rozpatruje Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienia**

*Zakres czynności-Preparator Sekcyjny*

**1. Postanowienia ogólne:**

- 1.1 Staranne i sumienne wykonywanie obowiązków wynikających z pracy na danym stanowisku.
- 1.2 Przestrzeganie: Karty Praw Pacjenta, Regulaminu porządkowego, Pracy, Regulaminu Zakładu Patomorfologii, ustalonego w zakładzie pracy czasu pracy i porządku.
- 1.3 Przestrzeganie przepisów w zakresie BHP i P. Poż..
- 1.4 Dbanie o dobro Zakładu, zachowanie w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narażać pracodawcę na szkodę.
- 1.5 Przestrzeganie: Karty Praw Pacjenta, tajemnicy służbowej, zasad określonych w odrębnych przepisach.
- 1.6 Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa w zakresie niezbędnym do prowadzenia spraw wynikających z zakresu obowiązków.

**2. Obowiązki w szczególności:**

- 2.1 Rozpoczynanie pracy z ustalonym harmonogramem.
- 2.2 Przygotowanie zwłok: usuwanie sprzętu medycznego, mycie i ubieranie zwłok przed wydaniem ich osobom upoważnionym.
- 2.3 Przygotowanie zwłok do sekcji.
- 2.4 Asystowanie lekarzowi w czasie wykonywania sekcji zwłok oraz ich zaszycie i umycie po zakończeniu badania pośmiertnego.
- 2.5 Utrzymywanie w należyтым porządku i czystości sali sekcyjnej oraz innych pomieszczeń w części prosektoryjnej.
- 2.6 Odbieranie z sekretariatu Dyrekcji zaświadczeń o odstąpieniu od badania pośmiertnego i ich archiwizowanie.
- 2.7 Prowadzenie dokumentacji: Książki Zgonów, Rejestru Dzieci Martwo Urodzonych, Rejestru Szczątków Ludzkich, gromadzenie oświadczeń o rezygnacji z pochówku dzieci martwo urodzonych i szczątków ludzkich.
- 2.8 Sprawdzanie prawidłowego oznaczenia dostarczonych zwłok przez Oddziały i zgłaszanie Kierownikowi stwierdzonych nieprawidłowości.
- 2.9 Dopilnowanie, aby osoba upoważniona odbierająca zwłoki dokonała identyfikacji zwłok oraz pokwitowała odbiór zwłok w Książce Zgonów.
- 2.10 Powiadomienie Kierownika Zakładu o zauważonym nieprawidłowym funkcjonowaniu urządzeń Prosektorium.
- 2.11 Przygotowanie do utylizacji pooperacyjnego materiału tkankowego opracowywanego w Zakładzie Patomorfologii.
- 2.12 Taktowny i życzliwy stosunek do osób odbierających zwłoki oraz współpracowników.
- 2.13 Noszenie w czasie pracy odzieży ochronnej.
- 2.14 Uczestnictwo w szkoleniach wewnątrzzakładowych.
- 2.15 Zapewnienie środków czystości, dezynfekcyjnych i środków ochrony indywidualnej dla potrzeb prosektorium.
- 2.16 Zapewnienie obsługi prosektorium w dni robocze w godzinach 7:25-15:00.

.....  
podpis Preparatora Sekcyjnego

.....  
podpis Udzielającego Zamówienia











**Klauzula informacyjna dla pracowników, osób  
ubiegających się o zatrudnienie, studentów, praktykantów i stażystów  
w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie o przetwarzaniu danych osobowych  
i prawach z tym związanych**

Szanowni Państwo,

w związku z wejściem w życie w dniu 25.05.2018 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), nazywanym w skrócie **RODO**, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie jako Administrator Danych, dołożył wszelkich starań w zakresie ochrony danych osobowych. Ochrona Danych Osobowych, będzie realizowana zgodnie z przepisami RODO oraz innymi przepisami prawa obowiązującymi na terenie RP.

**Kto jest odpowiedzialny za przetwarzanie danych osobowych i z kim można się skontaktować?**

Administratorem Państwa Danych jest Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie. Z wyznaczonym przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie Inspektorem Ochrony Danych Osobowych można się skontaktować wysyłając mail na adres: [jakosc@szpitalciechanow.com.pl](mailto:jakosc@szpitalciechanow.com.pl) lub dzwoniąc pod numer telefonu 23 6730515.

**Dlaczego przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe i na jakiej podstawie prawnej? Jaki jest cel przetwarzania danych osobowych?**

Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe zgodnie z postanowieniami RODO i polskiej ustawy o ochronie danych osobowych. Dane przetwarzane są w celu rekrutacji i zatrudnienia i ich podanie jest obowiązkowe w zakresie określonym przepisami prawa pracy, w szczególności przez Kodeks Pracy (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 917) oraz Ustawa z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy, Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j.Dz.U.z 2018 r., poz.160 ze zm.) Celem przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest zatrudnianie, bezpieczeństwo i organizacja pracy.

**Komu możemy przekazywać dane osobowe?**

Odbiorcami danych osobowych będą: wyłącznie podmioty upoważnione przepisami prawa. Ponadto, dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie i ich upoważnionym pracownikom, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z nami wyłącznie zgodnie z przepisami w zakresie ochrony danych osobowych oraz pod warunkiem zachowania poufności.

**Czy Pani/Pana dane osobowe zostaną przesłane do państwa trzeciego (poza Unię Europejską)?**

Szpital nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

**Jak długo będą przetwarzane (przechowywane) Pani/Pana dane?**

W zakresie realizacji umowy zawartej ze Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Ciechanowie - do czasu zakończenia jej realizacji, a po tym czasie przez okres wymagany przez przepisy prawa lub dla realizacji ewentualnych roszczeń, w zakresie wypełniania zobowiązań prawnych ciążących na Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie, w związku z prowadzeniem działalności i realizacją zawartych umów – do czasu wypełnienia tych obowiązków. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 50 lat, na podstawie Kodeksu Pracy a w pozostałych przypadkach do ustania przyczyn biznesowych lub do momentu odwołania zgody oraz dla pracowników zatrudnionych po 31.12.2018 roku 10 lat.

**Jakie prawa przysługują Pani/Panu aby dane osobowe były adekwatnie chronione?**

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
- do ograniczenia przetwarzania danych;
- do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)

**Źródło pochodzenia Pani/Pana danych osobowych. Czyli, skąd pozyskujemy Pani/Pana dane osobowe.**

Przed wszystkim gromadzone przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie dane osobowe pochodzą bezpośrednio od Państwa, mogą również pochodzić od osób reprezentujących Panią/Pana na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, oraz podmiotów, którym Pan/Pani udzielił(-a) zgody na ich przekazanie.

**W jakim stopniu korzystamy z automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania?**

W chwili obecnej nie prowadzimy profilowania osób.

Dyrektor  
Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie

