

OGŁOSZENIE
O konkursie ofert Nr KO 15 /2021
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. 2021 poz. 711 ze zm.)

OGŁASZA

konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez:

LEKARZY neurochirurgów do kompleksowej obsługi w zakresie neurochirurgii i chirurgii kręgosłupa, międzyoddziałowe konsultacje neurochirurgiczne, świadczenia neurochirurgiczne w Poradni Neurochirurgicznej.

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 01.01.2022r. do 31.12.2022 r.**

Ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu można zapoznać się w Dziale Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych, tel. 023 67 30 242 oraz na stronie internetowej Szpitala - www.szpitalciechanow.com.pl.

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

- Składanie ofert - **do 27.12.2021 r. do godz. 11.00** Kancelaria Szpitala
- Otwarcie ofert - **27.12.2021 r. godz. 12.00** Sala Seminarnyjna Szpitala
- Rozstrzygnięcie konkursu ofert - **31.12.2021 r. godz. 15⁰⁰**

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


DYREKTOR
Andrzej Juliusz Kamasa



SPECYFIKACJA

Podstawa prawna:

art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2021, poz. 711 ze zm.)

I. Postanowienia ogólne

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

LEKARZY neurochirurgów do kompleksowej obsługi w zakresie neurochirurgii i chirurgii kręgosłupa, międzyoddziałowe konsultacje neurochirurgiczne, świadczenia neurochirurgiczne w Poradni Neurochirurgicznej.

Lekarze w:

- Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – w zakresie zabiegów neurochirurgicznych – lekarz specjalista z neurochirurgii z udokumentowanym doświadczeniem w wykonywaniu zabiegów neurochirurgicznych,
- Poradni Neurochirurgicznej lekarz specjalista z neurochirurgii

1.1. Do obowiązków lekarza w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w szczególności należy:

- **w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej** - udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym i planowym obejmujący proces diagnostyczno – terapeutyczny, a w szczególności: zabiegi operacyjne niezbędne w toku leczenia, prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami
- **w Poradni Neurochirurgicznej** - udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym i planowym obejmujące: udzielanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej a w szczególności ustalenie rozpoznania w oparciu o dostępne metody diagnostyczne, właściwe i nowoczesne leczenie, udzielanie konsultacji, wykonywanie zabiegów leczniczych, prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- **Konsultacje międzyszpitalne** – udzielanie konsultacji szpitalnych w zakresie neurochirurgii zgodnie z wcześniejszym zapotrzebowaniem.

1.2 Harmonogram pracy w oddziałach zabiegowych dla lekarzy rozliczanych za procedury zabiegowe, Udzielający zamówienia ustala w taki sposób, że praca w normalnej ordynacji rozliczana jest za wykonane procedury i/lub za pracę w poradni.

1.3 Udzielający zamówienia na czas udzielania świadczeń udostępnia przyjmującemu zamówienie sprzęt, aparaturę medyczną, artykuły sanitarne i leki, niezbędne druki, formularze.

1.4 Udzielający zamówienia na czas udzielania świadczeń zdrowotnych może przyjąć do wykonywania sprzęt i aparaturę medyczną oraz materiały będące własnością przyjmującego zamówienia, na zasadach uzgodnionych pomiędzy stronami.

1.5 Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do należytej dbałości o użytkowany sprzęt, aparaturę i odpowiedzialności za utratę lub zniszczenie na zasadach określonych przepisami kodeksu cywilnego.

1.6 Przyjmujący Zamówienie w przypadku korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej nie będącego własnością Udzielającego Zamówienia zobowiązuje się przedstawić w formie pisemnej wykaz sprzętu i aparatury medycznej, który zostanie wykorzystana do realizacji przedmiotowej umowy. Udzielający zamówienia nie ponosi odpowiedzialności za przedmiotowy sprzęt i aparaturę medyczną oraz nie partycypuje w kosztach napraw i kosztach poniesionych z tytułu przeglądów technicznych.

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 Ordynatora/Koordynatora/Kierownika lub w sytuacji nagłej (dotyczy świadczeń lekarskich w oddziałach) po poinformowaniu lekarza starszego dyżuru.

1.8 Rozliczenie kontraktu za wykonane procedury zabiegowe będzie odbywało na podstawie wykazu pacjentów, u których wykonano zabieg lub badanie i prawidłowo sprawozdanych do NFZ. Za wykonane procedury operacyjne (z implantem oraz za wykonane procedury dyskoidektomii) koszt procedury zostanie pomniejszony o koszt implantu /koszt jednorazowej elektrody bipolarnej.

1.9 Rozliczania kontraktu za zrealizowane specjalistyczne świadczenia zdrowotne w poradni odbywać się będzie na podstawie prawidłowo sprawozdanych świadczeń do NFZ.

- 1.10 Oferty konkursowe mogą składać podmioty działalności leczniczej lub indywidualne praktyki lekarskie i pielęgniarskie wpisane do właściwych rejestrów w tym rejestrze podmiotów leczniczych i prowadzących działalność gospodarczą w danym zakresie.
- 1.11 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.
- 1.12 Każdy przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej.
- 1.13 Udzielający zamówienia nie zapewnia przyjmującemu zamówienie odzieży roboczej i posiłków regeneracyjnych.
- 1.14 Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do nie podpisania umowy z przyjmującym zamówienie w przypadku, nie podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- 1.15 Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność prawną i fizyczną za wystawione niezgodnie z obowiązującymi przepisami recepty i druki oraz inne zaświadczenia i druki firmowe podpisane i opieczątowane przez Przyjmującego zamówienie.
- 1.16 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
- 1.17 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.

2. 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 uczelni
 - prawa wykonywania zawodu
 - zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach
 - zaświadczenia o odbytych kursach potwierdzających umiejętności
 - wpisu do właściwych rejestrów
 - zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej,
 - Aktualne zaświadczenie lekarskie o dopuszczeniu do pracy na danym stanowisku
 - Aktualne zaświadczenia bhp i p/poż
 - Aktualną polisę ubezpieczeniową OC dla lekarzy
 - Aktualne zaświadczenie o ochronie radiologicznej pacjenta (dla osoby wykonujących i nadzorujących wykonywanie badań i zabiegów przy użyciu promieniowania jonizującego)

2.2. Komisja konkursowa w części jawnej może zażądać przedstawienia do wglądu oryginałów przedstawionych kserokopii.

3. 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 27.12.2021r. 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 27. 12.2021r. 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. Zamawiający przedstawi na tablicy ogłoszeń oferentów, których oferty nie zostały przyjęte.
- 5.5. Oferent może złożyć do Udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia.
- 5.6. Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres, od dnia 01.01.2022r. do 31.12.2022r.
- 5.7. Z wybranym oferentem zostanie podpisana umowa w terminie 10 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
- 5.8. Nie podpisanie umowy przez oferenta w uzgodnionym terminie będzie wystarczającym powodem do anulowania wyboru tego oferenta.

DYREKTOR
Andrzej Juliusz Kamasa



O F E R T A*
o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w:

1. Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej - zabiegi neurochirurgiczne
2. Poradni Neurochirurgicznej
3. Konsultacje neurochirurgiczne w oddziałach szpitalnych

Dane adresowe

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

Adres

Telefon e-mail:.....

Posiadane specjalizacje

Numer właściwego rejestru

NIP.....

REGON

Nr działalności gospodarczej

Oferta cenowa

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

1. Oddział z poradnią:

LEKARZ – propozycja cenowa (np. stawka za punkt w poradni, % stawki za procedurę zabiegową, ryczałt za konsultacje itp.)

1.
2.
3.
4.
5.

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)

- (przedmiot którego dotyczy oferta należy podkreślić)





**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 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.

Przede 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

A -



projekt
UMOWA NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

zawarta w dniuw Ciechanowie

pomiędzy: Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Ciechanowie zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr 0000008892 prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieście XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego posiadającym NIP 566-10-19-200 oraz REGON 000311622 reprezentowanym przez: **Andrzeja Juliusza Kamasę - Dyrektora** zwanym dalej **Udzielającym zamówienia**

a

lek.prowadzącym działalność z siedzibą przy Wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem oraz wpisanym do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej posiadającą nr NIP i REGON

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 2021 r. poz.711 ze zm.)

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w zakresie zabiegów neurochirurgicznych, konsultacji neurochirurgicznych w oddziałach szpitalnych, porad neurochirurgicznych w Poradni Neurochirurgicznej oraz na wykonywanie dodatkowych zabiegów w zakresie czaszkowo-mózgowych dla potrzeb oddziałów szpitalnych** zwanym dalej świadczeniami zdrowotnymi, dla pacjentów uprawnionych do świadczeń zdrowotnych. Szacunkowa ilość ubezpieczonych uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych obejmuje liczbę ok.300 tys. osób.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do bieżącego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów leczonych, konsultowanych i nowoprzyjętych a także dokonywania zapisów w obowiązującym systemie informatycznym AMMS oraz innej dokumentacji, do której prowadzenia zobowiązany jest Udzielający zamówienia. Zapisy w dokumentacji papierowej mają być zbieżne z zapisami w systemie informatycznym.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do stosowania obowiązujących przepisów w zakresie wystawiania e-recept, a także innych wprowadzonych jako obowiązkowe w trakcie obowiązywania umowy.

§ 2

1. 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 neurochirurgii**, na zasadach wynikających z ustawy o zawodzie lekarza, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych przepisów prawa.
2. Przyjmujący zamówienie świadczył będzie opiekę pooperacyjną pacjentów, w tym w ramach opieki pooperacyjnej pacjentów zapewnia co najmniej jedną wizytę po wykonanym każdym zabiegu, odnotowaną (potwierdzona w historii choroby).
3. Pacjenci operowani przez Przyjmującego zamówienie pozostają *pod bieżącą* opieką lekarza dyżurnego oddziału chirurgii urazowo – ortopedycznej. W sytuacjach nagłych Przyjmujący zamówienie przyjedzie do operowanego pacjenta na telefoniczne wezwanie lekarza dyżurnego.

§ 3

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** w siedzibie **Udzielającego zamówienia** przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej, stanowiących własność **Przyjmującego zamówienie**. Sprzęt i aparatura medyczna spełniają wymagania niezbędne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową. Przyjmujący zamówienie na potrzeby realizacji niniejszej umowy użycza nieodpłatnie Udzielającemu zamówienia sprzęt do endoskopii kręgosłupa, fabrycznie nowy, posiadający wymagane atesty. Używającym powyższy sprzęt będzie wyłącznie Przyjmujący zamówienie, stąd Udzielający zamówienia nie ponosi odpowiedzialności w tym zakresie. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do ubezpieczenia sprzętu w pełnym zakresie. Koszty sterylizacji oraz eksploatacji powyższego sprzętu w postaci jednorazowych elektrod bipolarnych będzie ponosił Udzielający zamówienia, dokonując ich rozliczenia zgodnie z postanowieniami § 9.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, należących do **Udzielającego zamówienia** zgodnie z ich przeznaczeniem i wyłącznie w celach określonych w niniejszej umowie.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego należącego do **Udzielającego zamówienie**, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez

Przyjmującego zamówienie.

4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania.
5. **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.
6. **Przyjmujący zamówienie** może powierzyć wykonanie niniejszej umowy osobie trzeciej po uzyskaniu pisemnej zgody **Udzielającego zamówienie**.

§4

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 01.01.2022r. do dnia 31.12.2022r.

§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 przeprowadzonej przez **Udzielającego zamówienia** oraz Narodowy Fundusz 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 z późn.zm.).

§7

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z wykonania umowy wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1,2,3 (wykaz zaewidencjonowanych pacjentów w Poradni Neurochirurgicznej i Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w systemie AMMS) do niniejszej umowy.
2. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1 składane są w terminie do 3 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. W imieniu **Udzielającego zamówienia** sprawozdanie, w zakresie wykonywania zabiegów i udzielania świadczeń w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej podlega weryfikacji przez Koordynatora Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, Koordynatora Oddziału Neurologicznego weryfikuje sprawozdanie za udzielanie świadczeń w Poradni Neurochirurgicznej. a w przypadku ich nieobecności przez osobę wskazaną przez **Udzielającego zamówienie**.
4. W imieniu **Udzielającego zamówienia** sprawozdanie stanowiące załącznik nr 3 - konsultacje szpitalne weryfikują pracownicy Działu Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych.

§9

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie miesięcznie w kwocie stanowiącej :(wg oferty)
2. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się zapłacić na rzecz **Przyjmującego zamówienie** wynagrodzenie płatne na podstawie rozliczeń miesięcznych zgodnie z wykonaniem zadań określonych w niniejszej umowie.
3. Wynagrodzenie ustala się w oparciu o faktycznie udzielone w danym miesiącu świadczenia zdrowotne rzeczywiście uwzględnione i zapłacone przez NFZ.
4. Podstawą wypłaty należności jest:
 - a) rachunek wystawiony przez **Przyjmującego zamówienie**, po potwierdzeniu wykonania świadczeń nim objętych przez **Udzielającego zamówienie** lub osobę przez niego upoważnioną;
 - b) wypłata należności za usługi określone w pkt. a) następować będzie jedynie na konto bankowe wskazane na rachunku za świadczenia, w terminie 14 dni od daty dostarczenia rachunku, nie wcześniej jednak niż po uzyskaniu przez **Udzielającego zamówienie** zapłaty z NFZ za te świadczenia.
5. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.

§10

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że wykonywane usługi określone w § 1 umowy wchodzi w zakres prowadzonej przez **Przyjmującego zamówienie** pozarolniczej działalności 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.

§11

1. Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową **Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do współpracy

- z personelem medycznym zatrudnianym przez **Udzielającego zamówienie**.
2. **Udzielający zamówienie** upoważnia **Przyjmującego zamówienie** do wykonywania przedmiotu umowy przy pomocy personelu średniego i niższego zatrudnionego u **Udzielającego zamówienia**.

§12

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie **Udzielający zamówienia** i **Przyjmujący zamówienie**
2. **Ponadto Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność wobec **Udzielającego zamówienie** za szkody powstałe z przyczyn leżących po stronie **Przyjmującego zamówienie** i 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 niewykonania lub 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**.
5. O nałożeniu obciążenia każdorazowo **Przyjmujący zamówienie** będzie powiadamiany w formie pisemnej.
6. W przypadku kiedy wysokość szkody spowodowanej przez **Przyjmującego zamówienie** przewyższa zastrzeżone w umowie kary umowne, **Świadczeniodawca** ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§13

Niezależnie od § 12 **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 niezgodnionej nieobecności w wysokości 1/20 wartości należnej za dany miesiąc.
2. Postanowienia paragrafu 12 i 13 nie wyłączają stosowania zapisów umowy dotyczących możliwości jej rozwiązania.

§ 14

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 przypadku zawarcia zaś nowego ubezpieczenia najpóźniej w terminie 30 dni od daty początku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
3. utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
4. wykonania we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych szkoleń z zakresu bhp i aktualnych badań profilaktycznych, a także niezwłocznego złożenia ich **Udzielającemu Zamówienie**.
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**

§15

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach.:

1. z upływem czasu, na który została zawarta, na mocy porozumienia stron,
2. w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia, w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem tygodniowego okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie **Przyjmującego zamówienie**, a 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.
3. Uzasadnionych skarg pacjentów, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych, w trybie natychmiastowym na

skutek oświadczenia Udzielającego zamówienie.

§ 16

Udzielający zamówienia uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia (niezależnie od § 15) 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 § 14 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, w sposób rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy.

§17

Udzielający zamówienia uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia także 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 pisemnego rozwiązania niniejszej umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§19

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2021r. poz. 711 z zm.), ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2021 poz.1285 z późn. zm.) , ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. 2021, poz. 790 z późn. zm.) oraz Kodeksu cywilnego.
2. Specyfikacja konkursowa stanowi załącznik do niniejszej umowy dookreślający jej zakres.

§ 20

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 (tj. Dz. U. z 2020 poz. 1913 z późn.zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

§ 21

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

§22

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

§ 23

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

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

Wykaz pacjentów u których wykonano zabiegi operacyjne
Oddział

.....
Miesiąc/rok

I.p.	Imię i nazwisko	Nr księgi głównej	Data zabiegu	Operator

pieczęć i podpis lekarza

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA UMOWY -konsultacje

Za miesiąc.....rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)
.....

.....
(miejsce udzielania świadczeń)

l.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data konsultacji	Miejsce wykonania konsultacji
Razem				

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
podpis osoby sprawdzającej

