

**OGŁOSZENIE**  
**o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**Nr KO 33/2025 z dnia 12.11.2025 r.**

**Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie z siedzibą w Ciechanowie, 06-400  
Ciechanów, 06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2**

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. 2025 poz. 450 ze zm.

**OGŁASZA**

konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych kod: CPV 85141000-9

1. Realizowanych przez **ratowników medycznych / pielęgniarki/pielęgniarzy systemu** w Podstawowym i Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego, Zespole Transportu Medycznego w siedzibie zamawiającego.

Informacje o warunkach konkursu na stronie internetowej [www.szpitalciechanow.com.pl](http://www.szpitalciechanow.com.pl)

Czas trwania umów: **01.01.2026 r. do 28.02.2027 r.**

Liczba umów – **15**

Termin i miejsce składania ofert: **do 18.11.2025r. do godz. 11.00** Kancelaria Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2

Termin i miejsce rozstrzygnięcia postępowania konkursowego : **21.11.2025r. godz. 12:00, Sala Seminarijna** Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2

Konkurs ofert skierowany jest do osób nie zatrudnionych na umowę o pracę w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie z chwilą podpisania umowy cywilnoprawnej.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia Konkursu ofert bez podania przyczyny.

Oferent ma prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z art.153 i art. 154 ust.1,2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 146).

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

1. Kamila Ozdarska – statystyk medyczny- koordynator Dział Kadr, Płac i Organizacji - tel. 23 6730242
2. Agnieszka Kowalska – statystyk medyczny Dział Kadr, Płac i Organizacji- tel. 23 6730242

  
DYREKTOR  
Andrzej Juliusz Kamasa



SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT („SWKO”) NR **KO 33/2025** Z DNIA  
12.11.2025R.

NA USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH,PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZY  
SYSTEMU W PODSTAWOWYM I SPECJALISTYCZNYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO,  
ZESPOLE TRANSPORTU MEDYCZNEGO OKREŚLONE KODEM  
CPV 85141000-9

**I. PODSTAWA PRAWNA**

1. **USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** (t. j. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.).
2. **USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (t. j. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.).

**II. DEFINICJE**

1. **Przedmiot umowy/przedmiot konkursu ofert** oznacza udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 wzoru umowy.
2. **Oferent** oznacza ubiegającego się o zamówienie, który złożył ofertę w ramach niniejszego konkursu ofert.
3. **Przyjmujący zamówienie** oznacza oferenta składającego ofertę w niniejszym konkursie ofert, którego oferta - w wyniku rozstrzygnięcia postępowania – została wybrana.
4. **Udzielający zamówienie** oznacza Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (SSW), z siedzibą w Ciechanowie, pod adresem: ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów, Polska. Adres korespondencyjny jak wyżej.

**III. PRZEDMIOT UMOWY**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym i planowym -w zakresie wynikającym z posiadania **zawodu medycznego**, Ustawa z dnia 01.12.2022r. o zawodzie ratownika medycznego, oraz samorządzie ratowników medycznych tj.( Dz.U.2024..339 z późn.zm. ),ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (tj.Dz.U.2024.814 z późn.zm.) ,kwalifikacji nabytych w drodze kształcenia oraz posiadanych uprawnień polegających na udzielaniu świadczeń przez wykonywanie:

- zadań ratownika medycznego, pielęgniarki/pielęgniarczy systemu w zespołach ratownictwa medycznego,
  - zadań ratownika medycznego ,pielęgniarki/pielęgniacza systemu w zespołach ratownictwa medycznego wraz z kierowaniem pojazdem uprzywilejowanym,
1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się według harmonogramu pracy ustalonego przez Kierownika Zakładu Pomocy Doraźnej, działającego z upoważnienia udzielającego zamówienia.
  - 1) Świadczenia będą wykonywane:
    - a) w **miejscu pełnienia dyżuru w siedzibie zamawiającego do wyjazdu w miejsce wezwania zespołu**
    - b) w godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych:
      - 7:00-19:00 /19:00-7:00
      - 8:00-20:00/20:00-8:00
      - 8:00-8:00

Szczegółowy czas udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu określa harmonogram, każdorazowo ustalany w drodze porozumienia przez strony umowy.

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

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do należytej dbałości o użytkowany sprzęt, aparaturę i odpowiedzialności za utratę lub zniszczenie na zasadach określonych przepisami kodeksu cywilnego.
4. 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 Pomocy Doraźnej lub w sytuacji nagłej po poinformowaniu lekarza starszego dyżuru.
5. Rozliczenie kontraktu będzie odbywało się na podstawie listy obecności potwierdzonej przez Kierownika Zakładu Pomocy Doraźnej działających z upoważnienia w imieniu Udzielającego zamówienia.
6. Oferty konkursowe mogą składać indywidualne praktyki wpisane do właściwych rejestrów w tym rejestrze podmiotów leczniczych i prowadzących działalność gospodarczą w danym zakresie.
7. 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.
8. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej.
9. Udzielający zamówienia nie zapewnia przyjmującemu zamówienie odzieży roboczej i posiłków regeneracyjnych.
10. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do nie podpisania umowy z przyjmującym zamówienie w przypadku, nie podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
11. 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.
12. 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.
13. 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.

#### **IV. ZASADY WSPÓŁPRACY, WYMAGANIA I OŚWIADCZENIA**

1. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą (zgodnie z art. 2 ust.1 oraz art. 26 ust. 1 i 2 Ustawy o działalności leczniczej, Dz.U. 2025 poz. 450 z późn.zm.) i posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę właściwego dla siedziby podmiotu.
2. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, spełniające wymogi Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2025 poz. 272) i będzie ją utrzymywał przez cały okres obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej na podstawie niniejszego konkursu ofert.
3. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż będzie realizował przedmiot umowy określony w § 1 wzoru umowy w miejscach świadczenia usług przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,



4. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu umowy/konkursu ofert.
5. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż posiada uprawnienia niezbędne do wykonywania usług, objętych przedmiotem umowy/konkursu oraz dysponuje niezbędną wiedzą, doświadczeniem i potencjałem technicznym.
6. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż świadczyć będzie usługi objęte przedmiotem umowy/konkursu ofert na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, sztuką i etyką zawodu oraz postanowieniami umowy.
7. Ofertę składa oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym **to jest: oferent jest ratownikiem medycznym, pielęgniarką/pielęgniarem systemu prowadzącym w tym zakresie działalność gospodarczą oraz spełniającym wymagania zdrowotne we właściwych przepisach.**  
**Ratownik medyczny, pielęgniarka/pielęgniarek systemu w zespołach ratownictwa medycznego, transportu medycznego:**
  - posiada prawo wykonywania zawodu dla pielęgniarki/pielęgniarek systemu lub kwalifikacje ratownika medycznego
  - posiada kwalifikacje do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych
8. Oferent jest zobowiązany do posiadania wpisu we właściwym rejestrze.
9. Oferta musi być kompletna, złożona zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym SWKO, musi zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty określone na formularzu ofertowym, **w tym m.in. informację z KRK o karalności tzw. „zapytanie o karalność” do uzyskania w Biurze Informacji Sądowej elektronicznie lub osobiście.**
10. Oferty zawierające propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
11. Liczba deklarowanych przez 1 ratownika medycznego usług **nie może być niższa niż 48 godzin miesięcznie.**
12. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż podczas udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy, stosować będzie zasady wynikające z następujących przepisów:
  - a) Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 marca 2025 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
  - b) Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 stycznia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) oraz odpowiednich zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określających warunki realizacji świadczeń zdrowotnych,
  - c) Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 sierpnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781),
13. Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta na czas określony **14 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
14. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż uzyskał od Udzielającego zamówienie wszystkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty.

## V. OFERTA

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
  - 1) Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i wzorem umowy,

- 2) Dane Oferenta: imię, nazwisko i nazwę firmy oraz adres, telefon kontaktowy i adres mail,
  - 3) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub wypis z księgi rejestrowej w przypadku podmiotów leczniczych lub indywidualnych praktyk lekarzy i lekarzy dentyków,
  - 4) Kserokopie dokumentów potwierdzających nabycie kwalifikacji zawodowych:
    - dyplomu ukończenia uczelni,
    - zaświadczenie o posiadanych specjalnościach,
    - prawo wykonywania zawodu,
    - zaświadczenia o odbytych kursach potwierdzających umiejętności
    - oświadczenie o doświadczeniu ( ilość lat) w pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego;
  - 5) Kserokopie poniższych dokumentów:
    - aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy o określonym charakterze zgodnym z przedmiotem zamówienia wraz z badaniami sanitarno-epidemiologicznymi,
    - aktualne zaświadczenie bhp i p/poż
    - aktualna polisa odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnych z przedmiotem zamówienia,
    - zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego – kartoteka karna,
    - kwalifikacje do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
  - 6) wypełniony formularz ofertowy – (Załącznik Nr 1),
  - 7) wypełniony i podpisany formularz oferty wraz ze wskazanymi w nim załącznikami – załącznik nr 1 do SWKO. Załączniki w formie kserokopii muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta poprzez opatrzenie ich datą i podpisem lub przez pracownika Działu Kadr, Płac i Organizacji po okazaniu przez oferenta oryginałów dokumentów,
  - 8) wypełniony i podpisany formularz cenowy — załącznik nr 2 do SWKO,
  - 9) podpisany wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych - załącznik nr 3 do SWKO,
  - 10) wypełniony i podpisany formularz oceny kryteriów wyboru ofert – załącznik nr 4 do SWKO,
  - 11) podpisany wydruk niniejszego SWKO.
2. Oferty należy składać w siedzibie Udzielającego zamówienie w Kancelarii Szpitala **do dnia 18.11.2025r. do godz. 11:00**, lub w formie elektronicznej opatrzonej ( oferta i załączniki) kwalifikowanym podpisem elektronicznym na adres e-mailowy: [kadry@szpitalciechanow.com.pl](mailto:kadry@szpitalciechanow.com.pl).
  3. Oferta musi być sporządzona w języku polskim, w sposób zapewniający jej czytelność i podpisana przez Oferenta na zewnątrz. Złożenie oferty w innym języku spowoduje jej odrzucenie.
  4. Rozpatrzeniu w postępowaniu konkursowym podlegają wyłącznie Oferty złożone w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu o konkursie ofert. Oferty złożone po terminie podlegają zwróceniu bez otwierania.
  5. Oferty składa się na adres wskazany w ogłoszeniu w formie pisemnej, elektronicznej z podpisem kwalifikowanym lub podpisem zaufanym (o ile te formy zostały dopuszczone w ogłoszeniu), pod rygorem nieważności wraz z wymaganymi załącznikami w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w postępowaniu konkursowym nr KO 33/2025. ze wskazaniem osoby/podmiotu składającego oraz danymi adresowymi.
  6. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jako ofertę z dopiskiem „Zmiana oferty" lub „Wycofanie oferty".



7. Oferent może zwracać się do Udzielającego zamówienie o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z warunkami konkursu i sposobem przygotowania oferty, kierując swoje zapytania mailowo na adresy jak niżej w terminie **do dnia 17.11.2025r. do godz. 11:00**
8. Pracownicy Udzielającego zamówienie upoważnieni do kontaktowania się drogą mailową z Oferentami:
  - a) w sprawach merytorycznych:  
**sorg@szpitalciechanow.com.pl, metorg@szpitalciechanow.com.pl**
  - b) Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienie o udostępnienie edytowalnych dokumentów stanowiących załączniki do SWKO.
9. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oraz złożeniem ofert ponosi Oferent, niezależnie od wyniku konkursu.
10. Kopie składanych dokumentów Oferent powinien potwierdzić za zgodność z oryginałem, opatrzyć datą i czytelnym podpisem.
11. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

## VI. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Otwarcie ofert nastąpi dnia **18.11.2025r. o godzinie 12.00** w siedzibie Udzielającego zamówienie w Sali Seminaryjnej.
2. Oferenci mogą być obecni podczas otwarcia ofert, jak również uczestniczyć w części jawnej posiedzenia Komisji Konkursowej, składać oświadczenia oraz wyjaśnienia.
3. Odrzuceniu podlegają oferty:
  - a) złożone po terminie wskazanym w ogłoszeniu,
  - b) zawierające nieprawdziwe informacje,
  - c) jeśli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych,
  - d) zawierające rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu umowy/przedmiotu konkursu ofert,
  - e) nieważne na podstawie odrębnych przepisów,
  - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
  - g) złożone przez Oferenta, który nie spełnia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa lub warunków określonych w ogłoszeniu o konkursie lub w Szczegółowych warunkach konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - h) złożoną przez Oferenta, z którym w ostatnich 5 latach poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Udzielającego zamówienie umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie.
4. W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
5. Jeżeli w toku Konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony na tych samych warunkach Konkurs ofert nie wpłynęło więcej ofert.
6. Udzielający zamówienie może unieważnić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy:
  - a) nie wpłynęła żadna oferta,
  - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem powyższego punktu nr 5,
  - c) odrzucono wszystkie oferty,
  - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, jaką Udzielający zamówienie przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu,

- e) wystąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienie, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
7. Komisja konkursowa bada w szczególności:
- Kompletność złożonej dokumentacji ofertowej,
  - Wartość oferty,
  - Pozostałe kryteria wyboru ofert.
8. Rozstrzygającym kryterium wyboru ofert będzie suma punktów uzyskanych na podstawie kryteriów :
- jakość ( kwalifikacje zawodowe; **spełniającym wymagania w zakresie ratownictwa medycznego ,posiada udokumentowane kwalifikacje do kierowania pojazdem uprzywilejowanym )**,
  - kompleksowość ( posiadane doświadczenie zawodowe, które gwarantuje możliwość udzielania świadczeń z uwzględnieniem wszystkich etapów procesów diagnostycznych i terapeutycznych) – waga 10%
  - ciągłość ( oferowany czas trwania umowy);
  - dostępność ( oferowana liczba godzin w miesiącu )- waga 30%
  - cena za udzielanie świadczeń – waga 60%

Maksymalna liczba punktów do uzyskania przez oferenta wynosi.

**Ad a. jakość** – komisja konkursowa bierze pod uwagę oferty z doświadczeniem w pracy w zakresie udzielania świadczeń medycznych w zakresie ratownictwa medycznego: kryterium musi być spełnione w 100%

**Ad b. kompleksowość/ doświadczenie** – komisja konkursowa bierze pod uwagę doświadczenie w pracy w zakresie ratownictwa medycznego: 1) powyżej 10 lat – 3 pkt., 2) powyżej 5 lat -2 pkt., 3) powyżej 2 lat – 1 pkt.

**Ad c. ciągłość** – kryterium musi być spełnione w 100% długość trwania umowy określona w konkursie do **28.02.2025r.**

**Ad d. dostępność** - komisja konkursowa bierze pod uwagę zaoferowaną miesięczną liczbę godzin wykonywania świadczeń przez 1 ratownika medycznego , pielęgniarki/pielęgniarskiego systemu) powyżej 48 godzin – 2 pkt. 2) 48 godzin – 1 pkt.

**Komisja konkursowa odrzuca oferty z deklarowaną liczbą godzin niższą niż wymagana w warunkach konkursu**

**Ad e. cena za udzielanie świadczeń** – komisja konkursowa wylicza ocenę wg wzoru:

Ocena ceny= cena najniższa/cena oferenta x 3 pkt.

**Cena nie może przewyższać ceny skalkulowanej w maksymalnej wartości oferty.**

**Ocena końcowa zostanie wyliczona wg wzoru:**

Ocena= ( liczba punktów za kompleksowość x 10%) + ( liczba pkt. za dostępność x 30%)+  
(liczba punktów za cenę x 60%)

9. Komisja konkursowa dokonuje oceny złożonych ofert kierując się wszystkimi kryteriami określonymi w konkursie oraz sporządza protokół i informację o rekomendowanym rozstrzygnięciu postępowania.
10. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszczając ogłoszenie na stronie internetowej Szpitala.
11. W toku Postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, oferent może w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności i złożyć umotywowany protest.
12. Protest nie przysługuje na:



- a) niedokonanie wyboru oferty;
  - b) unieważnienie postępowania.
13. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
  14. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
  15. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
  16. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu.
  17. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
  18. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu zamieszcza się niezwłocznie na stronie internetowej Szpitala.
  19. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
  20. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
  21. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.
  22. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.
  23. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozpatrzeniu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Szpitala.
  24. O wniesieniu i rozstrzygnięciu odwołania Udzielający zamówienie niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych Oferentów.
  25. W przypadku uwzględnienia odwołania Udzielający zamówienie powtarza konkurs ofert.

## VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania ofert.
2. Udzielający zamówienie, w przypadku, gdy złożone oferty/złożona oferta przewyższają kwotę, którą zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, zastrzega sobie prawo przeprowadzenia negocjacji cenowych i w dalszej kolejności zaproszenia Oferentów/Oferenta do składania ofert dodatkowych. Negocjacje zostaną przeprowadzone z co najmniej z dwoma Oferentami, o ile w konkursie weźmie udział więcej niż jeden Oferent. Powyższe dotyczy oferentów, których oferty nie zostały odrzucone.

## VIII. ZAŁĄCZNIKI

1. Załącznik nr 1 – Formularz oferty
2. Załącznik nr 2 - Wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
3. Załącznik nr 3 - Formularz oceny kryteriów wyboru ofert
4. Załącznik nr 4 – Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych - informacja dla biorących udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne

Podpis Kierownika Udzielającego Zamówienie

.....  
  
D Y R E K T O R  
Andrzej Juliusz Kamasa

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

(osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu na zewnątrz):

Zapoznałem się z niniejszymi SZCZEGÓŁOWYMI WARUNKAMI KONKURSU OFERT („SWKO”)

NR KO 33/2025 NA USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH,  
PIELĘGNIAREK/PIELĘGNIARZY , KOD CPV 85141000-9, wraz z załącznikami i nie wnoszę żadnych  
zastrzeżeń

Data i podpis Oferenta

.....

.....

## FORMULARZ OFERTY

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr **KO 33/ 2025** na udzielanie świadczeń zdrowotnych w:

1. **Specjalistycznym i Podstawowym Zespole Ratownictwa Medycznego**
2. **Zespole Transportu Medycznego**

**Dane oferenta**

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

Adres .....

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

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr księgi rejestrowej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

**Ratownicy medyczni / pielęgniarki/pielęgniarze systemu :**

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie:
  - w Podstawowym i Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego bez względu na ordynację.....zł/godz
  - za pełnienie dyżuru pod telefonem w zespole transportu medycznego stawka .....zł/ godz.
  - za wezwanie z dyżuru pod telefonem w zespole transportu medycznego ( po wezwaniu do transportu) stawka .....zł/godz.
  - wynagrodzenie za pełnienie funkcji kierownika zespołu ratownictwa medycznego karetki typu „S” w przypadku zastępstwa w zespole nieobsadzonym lekarzem: .....zł/godz.

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie ratownika medycznego 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 „P” i „S” w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia w ilości:
  - powyżej 48 godzin
  - do 48 godzin
 /odpowiednie zaznaczyć znakiem x/
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)





wzór  
**UMOWA NR.....NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
w zakresie ratownictwa medycznego, transportu medycznego

zawarta w dniu ..... w Ciechanowie

pomiędzy: **Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Ciechanowie, 06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2** zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr 0000008892 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XIV 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

.....- **ratownikiem medycznym/pielęgniarką, pielęgniarzem systemu prowadzącym działalność pod nazwą.....**

Wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej, posiadającym NIP ..... i REGON..... zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie**

*Podstawą prawną umowy jest art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2025r., poz.450 ze zm)*

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w **specjalistycznym i podstawowym zespole ratownictwa medycznego, zespole transportu medycznego** zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi, dla szacunkowej liczby 90 000 pacjentów uprawnionych do świadczeń zdrowotnych określonej kodami CPV:  
- CPV: 85141000-9 Usługi świadczone przez personel medyczny,
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznym i podstawowym zespole ratownictwa medycznego, zespole transportu medycznego polegających na udzielaniu medycznych świadczeń zdrowotnych polegającym na ratowaniu życia lub zdrowia pacjentom w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia w miejscu zdarzenia realizowane przez specjalistyczny i podstawowy zespół ratownictwa medycznego oraz prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa a także dokonywania zapisów w obowiązującym systemie informatycznym oraz innej dokumentacji, do której prowadzenia zobowiązany jest Udzielający zamówienia. Zapisy w dokumentacji papierowej są zbieżne z zapisami w systemie informatycznym.
4. **Przyjmujący zamówienie** w wykonywaniu swoich obowiązków, organizacyjnie podlega Kierownikowi Zakładu Pomocy Doraźnej działającego w imieniu **Udzielającego zamówienie**.

§ 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 specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, zespole transportu medycznego ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych przepisów prawa.

§ 3

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** w specjalistycznym i podstawowym zespole ratownictwa medycznego, zespole transportu medycznego **Udzielającego Zamówienie** 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 realizacji umowy w specjalistycznym i podstawowym zespole ratownictwa medycznego ,zespole transportu medycznego w liczbie godzin ustalanych co

miesięcznie z **Udzielającym zamówienie**.

3. Szczegółowy czas udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu określa harmonogram, każdorazowo ustalony 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. W przypadku, gdy **Przyjmujący Zamówienie** nie może z przyczyn losowych udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z wyznaczonym harmonogramem pracy, zapewnia zastępstwo za swoją osobę, ratownika medycznego lub pielęgniarkę systemu zatrudnionych u **Udzielającego Zamówienie**. O fakcie zastępstwa informuje Kierownika Zakładu Pomocy Doraźnej.
8. **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.

#### § 4

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.01.2026r. do 28.02.2027r.**

#### § 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 Zamówienie** 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 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U.2020 poz. 666 ze zm.).

#### § 7

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie:
  - w Podstawowym i Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego bez względu na ordynację.....zł/godz
  - za pełnienie dyżuru pod telefonem w zespole transportu medycznego stawka .....zł/ godz.
  - za wezwanie z dyżuru pod telefonem w zespole transportu medycznego ( po wezwaniu do transportu) stawka .....zł/godz.-Wynagrodzenie za pełnienie funkcji kierownika zespołu ratownictwa medycznego karetki typu „S” w przypadku zastępstwa w zespole nieobsadzonym lekarzem: .....zł/godz.
2. Należności wynikające z ust.1 z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy **Udzielający zamówienie** wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 21 dni po dniu dostarczenia przez **Przyjmującego zamówienie** faktury/rachunku wraz z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 8.
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**.
5. Strony ustalają, iż łączna wartość umowy nie może przekroczyć kwoty **250 tys. zł** złotych brutto(słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy zł brutto).

#### § 8

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z wykonania umowy wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1 składane jest w terminie do 3 dnia każdego miesiąca za miesiąc



poprzedni.

3. W imieniu **Udzielającego zamówienie** sprawozdanie podlega weryfikacji przez Kierownika Zakładu Pomocy Doradźnej, a w przypadku jego nieobecności osobę wskazaną przez **Udzielającego zamówienie**.

#### § 9

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

#### § 10

**Przyjmujący zamówienie** nie może prowadzić w specjalistycznych i podstawowych zespołach ratownictwa medycznego oraz innych komórkach Szpitala działalności wykraczającej poza zakres umowy i konkurencyjnej wobec działalności statutowej prowadzonej przez **Udzielającego zamówienie**.

#### § 11

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

#### § 12

3. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie **Udzielający zamówienie** i **Przyjmujący zamówienie**.
2. Ponadto **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. Rozliczenie nałożonych kar/obciążeń finansowych nastąpi w oparciu o prawomocne orzeczenie sądu lub zawarte przez strony porozumienie.
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

1. Niezależnie od § 12 **Udzielającemu zamówienie** przysługuje prawo nałożenia na **Przyjmującego zamówienie** kary umownej :
  - b) za każde uchybienie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc;
  - c) za każdy dzień uchylenia terminowi złożenia dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc;
  - d) 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.

3. Utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.
4. Wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej oraz pokrywania kosztów utrzymania tej odzieży w należytym stanie.
5. Wykonania we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych szkoleń z zakresu bhp i aktualnych badań profilaktycznych, a także niezwłocznego złożenia ich Udzielającemu Zamówienie.
6. Poddanie się okresowej ocenie pracownika, w związku z Systemem Zarządzania Jakością jaki funkcjonuje u **Udzielającego zamówienie**.
7. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania.

#### § 15

##### 1. **Przyjmujący Zamówienie oświadcza że:**

- 1) posiada stosowne kwalifikacje zawodowe
  - 2) będzie realizować umowę zgodnie z faktycznie posiadanym wpisem do rejestru działalności gospodarczej,
  - 3) wykonywane usługi określone w § 3 umowy wchodzi w zakres prowadzonej przez Przyjmującego Zamówienie pozarolniczej działalności gospodarczej i samodzielnie ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną przez niego działalnością,
  - 4) samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne tytuły wpłat) oraz z Urzędem Skarbowym,
  - 5) posiada aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, które składa jako załącznik do umowy oraz będzie je kontynuować w okresie obowiązywania umowy,
  - 6) posiada aktualne badania sanitarno-epidemiologiczne i zobowiązuje się do przedłożenia ich Udzielającemu Zamówienie,
  - 7) posiada aktualne badania lekarskie, określone odrębnymi przepisami, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową, wystawione przez lekarza medycyny pracy, zobowiązuje się do przedłożenia Udzielającemu Zamówienie tego orzeczenia i będzie je uaktualniał w okresie obowiązywania umowy,
  - 8) zapoznał się z ryzykiem zawodowym obowiązującym na przydzielonym stanowisku,
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się - po wyborze oferty, a przed przystąpieniem do realizacji umowy do:

- 1) ukończenia szkolenia BHP i PPOŻ,
- 2) złożenia zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie wymaganym Ustawą o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym,
- 3) ukończenia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym przeprowadzonego przez osobę odpowiedzialną za stan epidemiologiczny u Udzielającego Zamówienie,
- 4) ukończenia wstępnego szkolenia z zakresu zasad i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością u Udzielającego Zamówienie.

##### 3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do znajomości i przestrzegania:

- 1) przepisów określających prawa pacjenta, w szczególności wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
  - 2) przepisów BHP, PPOŻ,
  - 3) przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
  - 4) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) – (dalej jako: RODO),
  - 5) przepisów powszechnie obowiązującego prawa mających zastosowania w trakcie realizacji umowy, przepisów wewnętrznych, w szczególności zarządzeń i instrukcji obowiązujących u Udzielającego Zamówienie oraz do postępowania zgodnie z systemem Zarządzania Jakością, w tym między innymi:
    - a) procedur w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
    - b) obowiązku poddania się okresowej ocenie znajomości Systemu Zarządzania Jakością.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi koszt szkoleń i badań warunkujących możliwość świadczenia usług objętych niniejszą umową.

#### § 16

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 2019 poz. 1010 ze zm) oraz podlegają ochronie

w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

#### § 17

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 I miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli **Przyjmujący zamówienie** narusza 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**, 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.
5. Uzasadnionych skarg pacjentów, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych.

#### § 18

**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 § 14 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
4. W sposób rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy.

#### § 19

**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.

#### §20

**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.

#### § 21

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2025r. poz.450 ze zm) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2024 poz.146 ze zm.) ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz.U .2024 poz. 652 ze zm) oraz Kodeksu cywilnego.
2. Specyfikacja konkursowa stanowi załącznik do niniejszej umowy dookreślający jej zakres.

#### § 22

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

#### § 23

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

#### § 24

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

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienia**





**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANEJ UMOWY**

za miesiąc.....rok.....

.....  
(imię i nazwisko)  
.....

Dzień miesiąca	Godziny od – do podstawowy/specjalistyczny	Godziny pod telefonem od-do	Godziny po wezwanui od-do	Suma godzin	Kartka: S/P1/P2
Razem					

(miejsce udzielania świadczeń)

.....  
pieczęć i podpis

.....  
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej





<b>Załącznik nr 3 - Formularz oceny kryteriów wyboru ofert</b>				
		spełnia/niespełnia / zaoferowana wartość	Waga kryterium	Liczba przyznanych punktów OFERTA nr ....
1.	jakość ( kwalifikacje zawodowe; spełniającym wymagania w zakresie ratownictwa medycznego ,posiada udokumentowane kwalifikacje do kierowania pojazdem uprzywilejowanym	<b>TAK / NIE</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
2.	<b>kompleksowość</b> ( posiadane doświadczenie zawodowe, które gwarantuje możliwość udzielania świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego)		<b>10%</b>	
3.	<b>ciągłość</b> ( oferowany czas trwania umowy - 14 miesięcy)	<b>TAK / NIE</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
4.	<b>dostępność</b> ( oferowana liczba godzin w miesiącu )		<b>30%</b>	
5.	cena za udzielanie świadczeń ( stawka za godzinę niezależnie od ordynacji)		<b>30%</b>	
6.	cena za pełnienie dyżuru pod telefonem w zespole transportu medycznego stawka .....zł/ godz.		<b>10%</b>	
7.	cena za wezwanie z dyżuru pod telefonem w zespole transportu medycznego ( po wezwaniu do transportu) stawka .....zł/godz.		<b>10%</b>	
8.	wynagrodzenie za pełnienie funkcji kierownika zespołu ratownictwa medycznego karetki typu „S” w przypadku zastępstwa w zespole nieobsadzonym lekarzem: .....zł/godz.		<b>10%</b>	
<b>Liczba punktów ogółem przyznana ofercie</b>				



**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych - informacja dla biorących udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie**

2. **Dane kontaktowe administratora**

Z administratorem można się skontaktować:

Adres: ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów

Tel.: 23-673-02-14

E-mail: [sekretariat@szpitalciechanow.com.pl](mailto:sekretariat@szpitalciechanow.com.pl)

3. **Inspektor ochrony danych**

W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: Rafał Bartłomiej Panfil

E-mail: [iod@szpitalciechanow.com.pl](mailto:iod@szpitalciechanow.com.pl)

Tel.: +48 23 673 03 21

4. **Cel przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

- przeprowadzenia procedury ofertowej/zapytania ofertowego,
- dokonania oceny i wyboru oferty,
- ewentualnego zawarcia umowy oraz realizacji przyszłej współpracy.

5. **Podstawa prawna przetwarzania danych**

Dane osobowe są przetwarzane na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit. b RODO – przetwarzanie niezbędne do podjęcia działań przed zawarciem umowy,
- art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego (np. archiwizacja, dokumentacja postępowania),
- art. 6 ust. 1 lit. f RODO – prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest np. zapewnienie przejrzystości i rozliczalności procesu ofertowego.

6. **Odbiorcy danych**

Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom wspierającym administratora w



zakresie usług prawnych, księgowych, informatycznych, a także organom uprawnionym do otrzymania danych na podstawie przepisów prawa.

**7. Okres przechowywania danych**

Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, a następnie przez okres wynikający z przepisów prawa (np. ustawa o rachunkowości) lub do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń.

**8. Prawa osoby, której dane dotyczą**

Przysługuje Pani/Panu prawo:

- dostępu do danych osobowych,
- ich sprostowania,
- ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- usunięcia danych (w przypadkach przewidzianych prawem),
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**9. Dobrowolność podania danych**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do wzięcia udziału w procedurze ofertowej. Niepodanie danych skutkować będzie brakiem możliwości oceny i rozpatrzenia oferty.