

## OGŁOSZENIE

### o konkursie ofert Nr KO 1 /2019

#### 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. 2018 poz. 2190 ze zm.)

#### OGŁASZA

konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez:

Lekarzy w :

1. Oddziale Okulistycznym- wykonywanie zabiegów witrektomii

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 Oddziale Okulistycznym na wykonywanie zabiegów witrektomii zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres od dnia 15.02.2019r. do 31.12.2019 roku.

Ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu można zapoznać się w Dziale Organizacji i Rozliczeń Usług Medycznych, tel. 023 67 30 242 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 11.02.2019 r. do godz. 11.00** Kancelaria Szpitala
- Otwarcie ofert - **11.02.2019 r. godz. 12.00** Sala Seminarnyjna Szpitala
- Rozstrzygnięcie konkursu ofert - **14.02.2019 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

## SPECYFIKACJA

### Podstawa prawna:

art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2018, poz. 2190 ze zm.)

### I. Postanowienia ogólne

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

#### LEKARZY W :

##### 1. Oddziale Okulistycznym- wykonywanie zabiegów witrektomii

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:

#### LEKARZE:

- w Oddziale Okulistycznym - posiadający prawo wykonywania zawodu, tytuł specjalisty w dziedzinie okulistyki oraz udokumentowane doświadczenie w wykonywaniu zabiegów witrektomii.

##### 1.3. Do obowiązków lekarza w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w szczególności należy w Oddziale szpitalnym:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym i planowym obejmujący proces diagnostyczny – terapeutyczny, a w szczególności: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię w tym zabiegi operacyjne niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem pacjenta w oddziale, prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

1.4. 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.

1.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy odbywa się według harmonogramu pracy ustalonego przez Koordynatora odpowiedniego Oddziału, działającego z upoważnienia udzielającego zamówienia.

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

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

1.8. 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 Koordynatora oddziału lub w sytuacji nagłej po poinformowaniu lekarza starszego dyżuru.

1.9. Rozliczenie kontraktu będzie odbywało się na podstawie list obecności potwierdzonych przez Koordynatora danego Oddziału działających z upoważnienia w imieniu Udzielającego zamówienia. W przypadku świadczeń zabiegowych dodatkowo wykaz pacjentów, u których wykonano zabieg.

1.10. Oferty konkursowe mogą składać podmioty działalności leczniczej lub indywidualne praktyki lekarskie 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. Każdy oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę na jeden przedmiot zamówienia.
- 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 opieczetowane 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.

## **I. 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 medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy na danym stanowisku
    - Aktualne zaświadczenia bhp i p/poż
- 2.2. Komisja konkursowa w części jawnej może zażądać przedstawienia do wglądu oryginałów przedstawionych kserokopii.

## **II. 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 11.02.2019r. 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 11.02.2019r. 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 Oddziale Okulistycznym na wykonywanie zabiegów witrektomii zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres od dnia 15.02.2019r. do 31.12.2019 roku.
- 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 Kamiś

**OFERTA**  
o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w:\*

**1. Oddziale Okulistycznym- wykonywanie zabiegów witrektomii**

**Dane adresowe**

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

Adres .....

Telefon .....

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr działalności gospodarczej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

**Lekarz:**

**1. w Oddziale Okulistycznym - zabiegi witrektomii:**

- za wykonaną procedurę, rozliczoną z NFZ - ..... zł/za zabieg

**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.

Ciechanów dnia .....

.....

(podpis)

\*właściwe podkreślić

**projekt umowy**  
**UMOWA NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu..... w Ciechanowie  
pomiędzy: Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Ciechanowie zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym w Sądzie Rejonowym dla M. St. Warszawy,  
pod nr 0000008892 posiadającym 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.2018, poz. 2190 ze zm.)*

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w **zakresie okulistyki** zwanych 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 :
  - a) wykonywania zabiegów w zakresie wiktrektomii
  - b) szkolenia personelu w zakresie wykonywania zabiegów wiktrektomii
  - c) w szczególnych przypadkach na wniosek Koordynatora oddziału , po uzyskaniu pisemnej zgody Udzielającego zamówienie wykonywania innych operacyjnych procedur takich jak: zaćma powikłana, jaskra, podwieszenie soczewek, urazy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dokonywania zapisów (opisów przeprowadzonych operacji) w obowiązującym systemie informatycznym AMMS oraz innej dokumentacji, do której prowadzenia zobowiązany jest Udzielający zamówienia. Zapisy w dokumentacji papierowej są zbieżne z zapisami w systemie informatycznym
4. Pacjenci operowani przez Przyjmującego zamówienie pozostają *pod bieżącą* opieką lekarza dyżurnego Oddziału Okulistycznego.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada niezbędne umiejętności, zgodne z aktualną wiedzą medyczną do wykonywania Zamówienia.
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 przeprowadzenia realizacji 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 wiktrektomii i innych operacyjnych procedur (zaćma powikłana, jaskra, podwieszenie soczewek, urazy) 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.

**§ 3**

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** w siedzibie Udzielającego zamówienia a w szczególności: w **Oddziale Okulistycznym** , 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 **Oddziale Okulistycznym** według indywidualnego harmonogramu ustanego z **Udzielającym zamówienia**.
3. **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.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego należącego do **Udzielającego zamówienie**, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez **Przyjmującego zamówienie**.

5. **Przyjmujący zamówienie** może powierzyć wykonanie niniejszej umowy osobie trzeciej po uzyskaniu pisemnej zgody **Udzielającego zamówienie**.
6. **Przyjmujący zamówienie** w wykonywaniu swoich obowiązków, organizacyjnie podlega Koordynatorowi Oddziału Okulistycznego o, działającemu w imieniu **Udzielającego zamówienia**.

#### §4

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 15.02.2019r. . do dnia 31.12.2019r.

#### §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 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069 ze zm.).

#### §7

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 zamówienia** sprawozdanie, podlega weryfikacji przez Koordynatora Oddziału Okulistycznego, a w przypadku jego nieobecności osobę wskazaną przez **Udzielającego zamówienie**.

#### §8

1. Z tytułu realizacji niniejszej umowy **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie ustalone z **Udzielającym zamówienia**, obliczone wg następujących stawek:
  - za wykonaną procedurę witrektomii - ...../zabieg
  - za wykonanie innej procedury operacyjnej niż witrektomia z nauką asysty - .....% wartości procedury.
2. **Przyjmujący Zamówienie** przedstawia Koordynatorowi Oddziału Okulistycznego miesięczne zestawienie zrealizowanych świadczeń zdrowotnych zawierające n/w dane:
  - PESEL pacjenta,
  - Nr w księdze głównej pacjenta
  - rodzaj operacji JGP/ICD 9
  - data wykonania zabiegu
  - wykaz pacjentów, u których zrealizowane świadczenia odbywały się z osobą szkoloną.
3. 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 wraz z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 8.
4. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.
5. 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** 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.

## § 10

**Przyjmujący zamówienie** nie może prowadzić w **Oddziale Okulistycznym** oraz innych oddziałach Szpitala działalności wykraczającej poza zakres umowy i konkurencyjnej wobec działalności statutowej prowadzonej przez **Udzielającego zamówienie**.

## § 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,
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.

## § 13

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do:

1. ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z 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,
4. zasięgania opinii ordynatora oddziału w przypadkach wątpliwych lub trudnych diagnostycznie,
5. wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej oraz pokrywania kosztów utrzymania tej odzieży w należytym stanie (nie dotyczy odzieży stosowanej na sali operacyjnej).
6. zabezpieczenia we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych szkoleń z zakresu bhp i aktualnych badań profilaktycznych.
7. poddania się okresowej ocenie pracownika, w związku z Systemem Zarządzania Jakością jaki funkcjonuje u **Udzielającego zamówienie**.

## § 14

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 1 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.

## § 15

**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 § 15 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od



- odpowiedzialności cywilnej,  
4. w sposób rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy.

#### § 16

1. **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.
2. W przypadku określonym w ust.1, **Udzielający zamówienie** zobowiązuje się wypłacić należne Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie za wykonane zabiegi.

#### § 17

**Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zwłoki w wypłacie wynagrodzenia, o którym mowa w § 9 przekraczającej 14 dni lub w przypadku rażącego naruszenia innych postanowień umowy.

#### § 18

W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2017 r. poz. 1938 z późn. zm), ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018r.,poz.2190), ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2018, poz. 617 z późn.zm.) oraz Kodeksu cywilnego.

#### § 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, po jednym dla każdej ze stron.

#### § 21

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

#### § 22

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

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienia**

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA UMOWY**

Za miesiąc.....rok.....

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

.....  
(miejsce udzielania świadczeń)

l.p	PESEL	Nr księgi głównej	Rodzaj operacji JGP/ICD 9	Data zabiegu	Podpis osoby szkolonej

.....  
pieczęć i podpis lekarza

.....  
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej