

**OGŁOSZENIE**  
**O konkursie ofert Nr KO 6 /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. 2160 ze zm..

**OGŁASZA**

konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez:

**PREPARATORA SEKCYJNEGO:**

- W ZAKŁADZIE PATOMORFOLOGII

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

Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres od dnia 15.05.2019r. do 31.12.2020 roku.

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

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

- Składanie ofert - **do 13.05.2019 r. do godz. 11.00** Kancelaria Szpitala
- Otwarcie ofert - **13.05.2019 r. godz. 12.00** Sala Seminarnyjna Szpitala
- Rozstrzygnięcie konkursu ofert - **14.05.2019 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.)

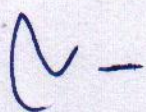
### I. Postanowienia ogólne

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

#### PREPARATORA SEKCYJNEGO W :

##### - ZAKŁADZIE PATOMORFOLOGII

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



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

## **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 szkoły
    - zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach
    - zaświadczenia o odbytych kursach potwierdzających umiejętności
    - wpisu do właściwych rejestrów
    - zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej,
    - aktualne zaświadczenie lekarskie medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy na danym stanowisku
    - aktualne zaświadczenia bhp i p/poż
    - polisa ubezpieczeniowa
- 2.2. Komisja konkursowa w części jawnej może zażądać przedstawienia do wglądu oryginałów przedstawionych kserokopii.

## **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 13.05.2019r. godz. 11.00**

A-

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 13.05.2019r. 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 w Zakładzie Patomorfologii w charakterze Preparatora Sekcyjnego zawarta będzie po rozstrzygnięciu konkursu na okres od dnia 15.05.2019r. do 31.12.2020r.
- 5.6. Z wybranym oferentem zostanie podpisana umowa w terminie 5 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
- 5.7. Nie podpisanie umowy przez oferenta w uzgodnionym terminie będzie wystarczającym powodem do anulowania wyboru tego oferenta.

  
**DYREKTOR**  
Andrzej Kamasa

**OFERTA\***  
o udzielenie świadczeń zdrowotnych

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

**1. Zakładzie Patomorfologii - preparator sekcyjny**

**Dane adresowe**

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

Adres .....

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

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr działalności gospodarczej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

**Preparator sekcyjny:**

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

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

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie łącznie ze stażem podyplomowym wynosi :.....lat.
3. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności, świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

Ciechanów dnia .....

.....  
(podpis)

\*właściwe podkreślić

- (przedmiot którego dotyczy oferta należy podkreślić)

projekt  
**UMOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu ..... w Ciechanowie

pomiędzy: **Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim Ciechanowie**

zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym w Sądzie pod nr 0000008892 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego posiadający NIP 566-10-19-200 oraz REGON 000311622

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

a

.....- zam. ...., wpisany do ewidencji działalności gospodarczej  
.....prowadzonej przez ....., posiadającym 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 2018 r. poz.2190 ze zm.)

**§ 1**

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

**§ 2**

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

**§ 3**

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

**§ 4**

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 15.05.2019 r. do dnia 31.12.2020r.

## § 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 2 do niniejszej umowy.
2. Sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 składane jest w terminie do 3 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. W imieniu **Udzielającego zamówienia** sprawozdania weryfikuje Kierownik Zakładu Patomorfologii, a w przypadku jego nieobecności osobę wskazaną przez **Udzielającego zamówienie**.

## § 8

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie :
  - I wariant : stawka za godzinę udzielania świadczeń - .....zł/godz.
  - II wariant: stawka ryczałtowa za udzielanie świadczeń- .....zł/ryczałt miesięczny
2. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy **Udzielający zamówienie** wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 14 dni po dniu dostarczenia przez **Przyjmującego zamówienie** faktury/rachunku.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.
4. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana **Przyjmującemu zamówienie** na jego rachunek bankowy wskazany na fakturze/ rachunku. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienie**.

## § 9

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że wykonywane usługi określone w § 1 umowy wchodzą 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

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

## § 11

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

## § 12

1. Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienie karę umowną:
  - a) za każde uchybienie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc;
  - b) za każdy dzień uchylenia terminowi złożenia dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc;
  - c) za każdy dzień nieusprawiedliwionej i nieuzgodnionej nieobecności w wysokości 1/20 wartości należnej za dany miesiąc.
2. Postanowienia niniejszego paragrafu nie wyłączają stosowania zapisów umowy dotyczących możliwości jej rozwiązania.

## § 13

**Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:**

1. Ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1 najpóźniej w terminie 30 dni od daty podpisania umowy.
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. 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 jako funkcjonuje u **Udzielającego zamówienie**.

## § 14

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U.2017 poz.1938.), ustawy o działalności leczniczej (Dz.U 2018, poz. 2190 ze zm. ), oraz Kodeksu cywilnego.
2. Specyfikacja konkursowa stanowi załącznik do niniejszej umowy dookreślający jej zakres.

## § 15

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach.:

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

## § 16

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

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

## § 17

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



**§ 18**

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

**§ 19**

Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji ( Dz.U. z 2003r. Nr 153, poz. 1503 późn. zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

**§ 20**

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

**§ 21**

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

**§ 22**

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

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia

**RADCA PRAWNY**



Dorota Nadrałowska-Malinowska

Zakres czynności-Preparator Sekcyjny

**1. Postanowienia ogólne:**

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

**2. Obowiązki w szczególności:**

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

.....  
podpis Preparatora Sekcyjnego