REGULAMIN
KONKURSU OFERT
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych

I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzany jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016, poz. 6138) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938)
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekroć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

a)**Udzielającym Zamówienie** – rozumie się przez to Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
b)**przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego, w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
c)**formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
d)**oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta -** rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,
e)**oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
f)**oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń -** rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
g)**oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia badań lekarskich oraz szkolenia bhp i p/poż -** rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
h) **oświadczeniu o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu,
i)**umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiącą **Załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu,
i) **Oferencie** – rozumie się przez to uprawnione do składania ofert osoby fizyczne, spełniające wymagania określone w rozdz. V.

III a) Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

III b) Szczegółowe Wymagania związane z realizacją przedmiotu zamówienia:

1. przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

2. przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia jak również przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3. przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

4. przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

5. przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji przyjętego zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie udzielającego zamówienia.

6. przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).

7. przyjmujący zamówienie wykonuje inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami nie objęte niniejszym zakresem, a zlecone przez przełożonego, między innymi: obsługa kasy fiskalnej, zamykanie bramy, nadzorowanie monitoringu, obsługa centralki P.POŻ, wprowadzanie danych pacjentów do systemu informatycznego, pomoc przy transporcie medycznym.

IV. Wymagany termin realizacji

01.02.2018 r. – 31.12.2019 r.

V. Wymagania od oferentów

1. Oferty mogą składać osoby, spełniające wymagania:

1) dyplom uzyskania tytułu zawodowego ratownik medyczny – udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
2) orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania zawodu - udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
3) Prawo jazdy kategorii B,
4) orzeczenie lekarskie o zdolności do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
5) aktualne badania psychologiczne.

2. Do konkursu nie może przystąpić osoba, która świadczy usługi dla udzielającego Zamówienie w identycznym zakresie.

VI. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

VII. Zawartość oferty

Oferta musi zawierać:

a) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
b) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2,
c) kopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie – załącznik nr 3,
d) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
e) oświadczenie dotyczące lekarskich badań profilaktycznych oraz wymaganych szkoleń – załącznik nr 5,
f) oświadczenie o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych - załącznik nr 6
g) zaakceptowany dla danej części - załącznik nr 7 – „wzór umowy",
h) kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje (w przypadku oferentów składających kserokopie we wcześniejszych postępowaniach, dopuszcza się złożenie oświadczenia, iż kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje są już w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o.),
i) kserokopia dowodu osobistego.

VIII. Informacje dotyczące warunków składania ofert

1) Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę w jednym zakresie.
2) Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3) Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
4) Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
5) Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie.
   - **opis koperty:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Chorzowska 38
41 – 605 Świętochłowice
oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ….....
.....
data .....
nazwa i adres oferenta .....

IX. Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w sekretariacie siedziby udzielającego zamówienie do dnia 23.01.2018 roku do godziny 15.00
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

X. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.
Termin rozstrzygnięcia konkursu: 29.01.2017 roku

XI. Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. (www.zoz.net.pl);
- tablica ogłoszeń udzielającego zamówienia.

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 30.01.2018 roku

XII. Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium oceny ofert:

1) cena – 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, spełniającego wszystkie warunki wymagane określone w pkt V
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do negocjacji cen wszystkich ofert.
4. Oferta musi zawierać ostateczną wartość obejmującą wszystkie koszty.
5. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku wg tabeli:

L. p.	**Zakres**	**Cena brutto**
2.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego bez zróżnicowania na dni robocze oraz ustawowo wolne.	…..... słownie(…..... …....)

XIII. Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze i skarga zgodnie z art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 poz. 1938) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016, poz. 1638).

XIV. Dodatkowe informacje

1. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania zarówno w jednym jak i we wszystkich zakresach.
3. Dział Organizacyjno – Prawny, Biuro Zarządu Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. udziela informacji jedynie w zakresie merytorycznym, nie uczestniczy w jakimkolwiek stopniu w przygotowywaniu ofert, wypełnianiu formularzy, bądź kserowaniu dokumentów oferentów.

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY
W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu ..... 2018 roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450.

1. Podstawa prawna:
   - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016, poz. 1793).
   - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 poz. 1938)
2. Data złożenia oferty: .....2018 roku.
3. Proponowana kwota należności:

L. p.	**Zakres**	**Cena brutto**
1.	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego bez zróżnicowania na dni robocze oraz ustawowo wolne.	…..... słownie(…..... …....)

Dane oferenta	
	Nazwa i siedziba podmiotu / imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych: .... Adres: ....

Oferta jest składana na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie …..... .....

….....

Podpis i pieczęć oferenta	

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Imię i nazwisko / Nazwa prowadzonej działalności .....

.....

Adres.....

NIP ..... REGON .....

Tel. kontaktowy .....

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- ☐ Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- ☐ Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ Nie dotyczy

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

* wypełnić właściwe

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko / Nazwa prowadzonej działalności .....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopia aktualnej polisy / polis OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 7 dni od daty podpisania umowy.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam / em się z warunkami konkursu, zdobyłam / em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 7.

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko / Nazwa prowadzonej działalności .....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopie aktualnych badań lekarskich oraz szkoleń bhp i p/poż zostaną dostarczone przeze mnie w terminie do 7 dni od daty podpisania umowy, wraz z oryginałem celem potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez pracownika Udzielającego Zamówienia.

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko / Nazwa prowadzonej działalności .....

.....

Adres.....

Oświadczam, iż w ramach prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszym postępowaniu oraz, iż w przypadku zawarcia umowy określonej w załączniku nr 7 nie zawrę odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Data..... .....

podpis / pieczęć oferenta

Podstawa prawna: art.132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017, poz. 1938)

Załącznik nr 7

- WZÓR UMOWY-

UMOWA NR /ORG/K/2018

O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA SWIADCZENIA ZDROWOTNE
Zawarta dnia .....w Świętochłowicach, pomiędzy:
Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450
reprezentowanym przez:
Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego
Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman
zwanego w dalszej części umowy: udzielającym zamówienia.
a
Panem/ią ....., zamieszkałym/ą w .....
(kod: -), przy ul..... , numer ewidencyjny PESEL: .....,
który/a prowadzi działalność gospodarczą pod firmą: „.....”,
zwanym/ą w dalszej części umowy: przyjmującym zamówienie.

§ 1
Oznaczenie stron umowy

1. Udzielającym zamówienia jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450.
2. Przyjmującym zamówienie jest Pan/i ..... prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą: „.....”.*
   2.Przyjmującym zamówienie jest osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych.**
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych i legitymuje się nabyciem kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 2
Określenie przedmiotu umowy

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania zadań Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty ze środków publicznych za wykonanie zamówienia.

§ 3
Określenie zakresu świadczeń zdrowotnych

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje przyjmującego zamówienie do profesjonalnego wykonywania zadań Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, tj.: zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ……
   …….....
   .....
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, rozumianych w szczególności, jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne.
3. Przyjmujący zamówienie nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

4. Przyjmujący zamówienie nie może odmówić udzielenia konsultacji i pomocy / współpracy innym osobom wykonującym świadczenia zdrowotne u udzielającego zamówienie, także w innych jednostkach i / lub komórkach organizacyjnych.
5. Przyjmujący zamówienie oświadcza iż, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej nie ma zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszej umowie oraz, iż nie zawrze odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.*

§ 4

Określenie sposobu zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu podawania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych

1. Sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godziny udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposób podawania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych określa regulamin organizacyjny Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
2. Podpisanie niniejszej umowy stanowi zobowiązanie do przestrzegania regulaminu organizacyjnego, o którym mowa w ust.1 oraz instrukcji i procedur obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest odbyć odpowiednie szkolenie BHP przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest poddać się we własnym zakresie badaniom profilaktycznym oraz złożyć w siedzibie udzielającego zamówienie odpowiednie zaświadczenie lekarskie, potwierdzające odbycie z pozytywnym skutkiem takich badań.

§ 5

Określenie możliwości wykonywania udzielonego zamówienia przez osobę trzecią

1. Przyjmujący zamówienie nie może z zastrzeżeniem ust.2 wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią. Tym samym przyjmuje się, iż osobą udzielającą określonych w umowie świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju jest przyjmujący zamówienie.
2. Powierzenie wykonywania zamówienia osobie trzeciej wymaga zgody udzielającego zamówienia na piśmie pod rygorem nieważności i może mieć miejsce tylko w uzasadnionych przypadkach.

§ 6

Określenie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia

1. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonegozamówienia i podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż posiada ważną polisę / polisy ubezpieczenia OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany dostarczyć udzielającemu zamówienia dokument polisy / dokumenty polis w ciągu 7 dni od dnia podpisania niniejszej umowy.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest utrzymywać ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 2, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa przez cały czas trwania umowy.
5. W przypadku wniesienia przeciwko udzielającemu zamówienie pozwu związanego z zakresem udzielonego zamówienia, przyjmujący zamówienie zobowiązuje się czynnie wspomagać na każdym etapie postępowania (udzielać wyjaśnień, pisemnych konsultacji) udzielającego zamówienia.

§ 7

Określenie czasu, na który umowa została zawarta

Umowę zawiera się na czas określony od dnia …… do …….

§ 8

Określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia

1. Strony zgodnie ustalają, iż przyjmują następujący sposób kalkulacji należności, tj. przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał kwotę …..... zł (słownie: ….....złote …….. groszy) za każdą godzinę realizacji zamówienia bez zróżnicowania na dni robocze oraz dni ustawowo wolne.

2. Kwota o której mowa w ust. 1 stanowi całkowitą należność za udzielanie świadczeń zdrowotnych.

3. Strony dopuszczają możliwość renegocjacji warunków umowy po uzyskaniu zwiększonego kontraktu z NFZ.

§ 9

Ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności

1. Ustala się miesięczny okres rozliczeń należności z tytułu realizacji przyjętego zamówienia.
2. Należność z tytułu realizacji przyjętego zamówienia będzie wypłacana na podstawie przedłożonej przez przyjmującego zamówienie prawidłowej faktury / rachunku wraz z zatwierdzonym przez Ordynatora / Kierownika oddziału / działu / komórki organizacyjnej oraz Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa – „potwierdzeniem realizacji przyjętego zamówienia", którego wzór stanowi załączniki nr 1 do niniejszej umowy.
3. Fakturę/rachunek należy złożyć nie wcześniej niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku gdy przyjmujący zamówienie nie prowadzi działalności gospodarczej, upoważnia on udzielającego zamówienie do dokonania stosownych potrąceń z tytułu składek ZUS oraz potrąceń podatku dochodowego (na podstawie złożonego przez przyjmującego zamówienie oświadczenia), zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.**
5. Należność przysługująca przyjmującemu zamówienie zostanie przelana na rachunek bankowy wskazany na fakturze / rachunku w terminie do 30 dni od daty doręczenia dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
6. Przyjmujący zamówienie pod rygorem uznania czynności za bezskuteczną nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych lub innych w trybie Kodeksu cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

§ 10

Ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia

1. 1. Strony uznają, iż zamówienie będzie realizowane na podstawie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalanego każdorazowo dla miesięcznego okresu rozliczeniowego, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

2. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1 określać będzie dla stron niniejszej umowy, dni i godziny realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Zmiany w harmonogramie, o którym mowa w ust. 1 będą każdorazowo zgłaszane w formie pisemnej udzielającemu zamówienie i będą wymagały zgody udzielającego zamówienie.
4. Zmiany w miesięcznym harmonogramie mogą być dokonane wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody udzielającego zamówienie.
5. Uzyskanie zgody, o której mowa w ust. 4 winno być poprzedzone złożeniem przez przyjmującego zamówienie pisemnego wniosku o wprowadzenie zmian do harmonogramu.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5 uznaje się za skutecznie złożony, wyłącznie w sytuacji, gdy data wpływu do sekretariatu udzielającego zamówienie przypada co najmniej na 7 dni przed dniem spełnienia świadczenia, licząc od dnia przypadającego na dzień spełnienia świadczenia.
7. Przerwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody przez osobę zastępującą przyjmującego zamówienie, zgodnie z załącznikiem nr. 3 do niniejszej umowy

§ 11
Postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia

1. Strony zastrzegają możliwość rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

2. Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do wypowiedzenia niniejszej umowy z zachowaniem 2 tygodniowego okresu wypowiedzenia w przypadku gdy udzielający zamówienia będzie zalegał z płatnością co najmniej 2 faktur / 2 rachunków wystawionych przez przyjmującego zamówienie.

3. Udzielający zamówienia jest uprawniony do wypowiedzenia niniejszej umowy w trybie natychmiastowym bez wypowiedzenia w przypadku gdy:

a) Przyjmujący zamówienie został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca.
b) Przyjmujący zamówienie w sposób niewłaściwy wykonuje przedmiot umowy pomimo 1 – krotnego pisemnego upomnienia.
c) Przyjmujący zamówienie nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w § 6 niniejszej umowy.
d) Przyjmujący zamówienie powierzył wykonanie umowy osobom trzecim bez uzyskania zgody udzielającego zamówienia.
e) Przyjmujący zamówienie nie rozpocznie wykonywania świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1 niniejszej umowy.
f) Przyjmujący zamówienie jest nieobecny przez okres co najmniej 1 miesiąca bez wiedzy i zgody udzielającego zamówienie.
g) Przyjmujący zamówienie bez zgody i wiedzy udzielającego zamówienie nie wykonuje świadczeń do wykonywania których się wcześniej zobowiązał w dniach określonych w harmonogramie o którym mowa w § 10 ust. 2.

§ 12
Prawa i obowiązki przyjmującego oraz udzielającego zamówienie

1. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia jak również przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
4. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji przyjętego zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie udzielającego zamówienia. Nie dotyczy to odzieży i obuwia wymaganego na Sali operacyjnej.
6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).

7. Przyjmujący zamówienie wykonuje inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami nie objęte niniejszym zakresem, a zlecone przez przełożonego / Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa / Zarząd, między innymi: obsługa kasy fiskalnej, zamykanie bramy,

nadzorowanie monitoringu, obsługa centralki P.POŻ, wprowadzanie danych pacjentów do systemu informatycznego, pomoc przy transporcie medycznym.

8. W związku z obsługą kasy fiskalnej przyjmujący zamówienie zawrze z udzielającym zamówienia odrębna umowę, stanowiącą załącznik nr 4 do niniejszej umowy.

9. Przyjmującemu zamówienie przysługuje, prawo do:
a) zasięgania opinii i korzystania z konsultacji i doświadczeń pozostałego personelu (których z udzielającym zamówienie łączy umowa o pracę, umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub umowa zlecenie);
b) współpracy z personelem medycznym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych;
c) korzystania z telefonu służbowego wyłącznie w sprawach związanych z przedmiotem niniejszej umowy.
10. Udzielający zamówienia zobowiązuje się zapewnić przyjmującemu zamówienie leki, materiały medyczne i opatrunkowe oraz lokale, sprzęt medyczny i aparaturę niezbędne do wykonywania niniejszej umowy a przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do używania ich zgodnie z przeznaczeniem, instrukcjami oraz należyta dbałością.

11. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do ochrony danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz.U.2016 poz. 922). Przyjmujący zamówienie zapewnia ochronę danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z zasadami obowiązującymi u udzielającego zamówienie oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku.

12. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy lub wyrządzenia szkody udzielającemu zamówienie lub osobie trzeciej, przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje zawinione działania lub zaniechania do pełnej wysokości szkody powstałej w związku z wykonywaną umową.

13. W przypadku naruszenia zakazu określonego w § 9 ust 6 przyjmujący zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 5.000,00 zł.

14. Przyjmujący zamówienie na potrzeby wykonywanej umowy korzysta ze sprzętu oraz środków medycznych udzielającego zamówienie.

§ 13
Zmiany w umowie

1. Nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na

podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

2. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

3. Strony dopuszczają w uzasadnionych przypadkach możliwość wydłużenia czasu trwania umowy na czas nie dłuższy niż do 4 miesięcy.

§ 14
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.

2. Wszelkie sprawy wynikające z umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby udzielającego zamówienie.

3. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach na prawach oryginału, po jednym dla każdej ze stron.

Udzielający zamówienia **Przyjmujący zamówienie**

* zapis umowy będzie miał zastosowanie wyłącznie w przypadku zawarcia umowy z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą.

** zapis umowy będzie miał zastosowanie wyłącznie w przypadku zawarcia umowy z osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej.

***Załącznik nr 1 do umowy nr ….....**

Imię i nazwisko…….

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc ….....20..... r.

Imię i nazwisko.....

Oddział / Dział.....

dzień	godzina rozpoczęcia	podpis osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	godzina zakończenia	ilość godzin	podpis osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	podpis Ordynatora / Kierownika Oddziału / Działu / komórki organizacyjnej
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
				Razem		

…… ……

Podpis i pieczątka zatrudnionego Podpis i pieczątka zatwierdzającego

**** Załącznik nr 1 do umowy nr…….**

Imię i nazwisko…….……..

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc ….....20..... r.

dzień	ilość przepracowanych godzin	podpis zatrudnionego	podpis osoby uprawnionej do kontroli listy
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
RAZEM GODZIN:			

…… ……

Podpis i pieczątka zatrudnionego Podpis i pieczątka zatwierdzającego

Załącznik nr 2 do umowy nr ……./ORG/K/2018

POTWIERDZENIE REALIZACJI PRZYJĘTEGO ZAMÓWIENIA

MIESIĄC ……. 20……. r.

Lp.	Nazwisko i imię	Miejsce realizacji przyjętego zamówienia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Suma godzin
1																																		
2																																		
3																																		

……

(podpis osoby sporządzającej)

……

(podpis osoby potwierdzającej realizację przyjętego zamówienia)

Załącznik nr 3 do umowy…
Świętochłowice, dnia.....

....
(imię i nazwisko osoby) *(komórka organizacyjna)*

.....
(pełniona funkcja)

WNIOSEK*
O UDZIELENIE ZGODY NA PRZERWĘ W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych

w ilości ..... dni w okresie od dnia ..... do dnia
.....

Krótkie uzasadnienie nieobecności:

.....
..

.....
..

.....
..

W czasie mojej nieobecności zastępować mnie będzie:
.....

....
(podpis osoby wnioskującej) *(podpis osoby zastępującej)*

....
(akceptacja bezpośredniego przełożonego) *(akceptacja Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody .....**
(podpis Zarządu)

.....
(pieczęć udzielającego zamówienia)

* *dotyczy osób zatrudnionych w ramach umów cywilno-prawnych*
** *niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 4 do umowy nr ..... o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne

.....
(pieczęć udzielającego zamówienia)

Umowa o odpowiedzialności materialnej
za powierzone mienie

Zawarta w dniu.....pomiędzy Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o.
reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowski
Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz-Furman
zwanym dalej Udzielającym zamówienia

a Panem/ią ....., nr ewidencyjny PESEL: ....., zam. .....
zwanym dalej Przyjmującym zamówienie

§1

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że łączy go z Udzielającym zamówienia umowa nr ..... z dnia ..... na mocy której świadczy na rzecz Przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne w zakresie ….....

§2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w związku z wskazanym w umowie, o której mowa w § 1 obowiązkiem, przyjmuje na siebie odpowiedzialność materialną za mienie Udzielającego zamówienia tj. pieniądze zdeponowane w kasetce, znajdującej się **w Izbie Przyjęć, 41-605 Świętochłowice, ul. Chorzowska 36** i pochodzące z wpłat dokonywanych na rzecz Udzielającego zamówienia, a przyjmowanych przez Przyjmującego zamówienie.
2. Stan środków pieniężnych, o których mowa w ust. 1 jest każdorazowo potwierdzany przez Przyjmującego zamówienie niezwłocznie po rozpoczęciu pracy oraz każdorazowo przed jej zakończeniem. Potwierdzenie przez Przyjmującego zamówienie stanu środków, o których mowa w ust. 1 niezwłocznie po rozpoczęciu pracy stanowi powierzenie Przyjmującemu zamówienie pieniędzy do wyliczenia się.
3. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie także odpowiedzialność za powierzone mienie w postaci kasy fiskalnej.

§3

Przyjmujący zamówienie oświadcza , że zobowiązuje się do :
- rozliczenia z powierzonego mienia na każde żądanie Udzielającego zamówienia,

- pokrycia strat do pełnej wysokości, jakie wynikną dla Udzielającego zamówienia z tytułu stwierdzonego niedoboru w powierzonym mieniu.

§4

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się informować Udzielającego zamówienia o wszystkich trudnościach, jakie mogą wystąpić w związku z powierzeniem mu odpowiedzialności za mienie. W przypadku braku zastrzeżeń przyjmuje się, że Przyjmujący zamówienie ich nie wnosi.

§5

1. W sprawach nieuregulowanych w umowie stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.
2. Wszelkie spory rozstrzyga będzie sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

§6

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej strony.

§7

Wszelkie zmiany umowy wymagają zgody obu stron wyrażonej na piśmie, pod rygorem nieważności.

.....	.....
(podpis Przyjmującego zamówienie)	(podpis Udzielającego zamówienia)