

## OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1  
im. Prof. Stanisława Szyszko  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
41 – 800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13 – 15**

na podstawie art. 26 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 799) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.)

### o g ł a s z a

konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów SPSK Nr 1 im. Prof. S. Szyszko SUM w następującym zakresie:

#### **Ratowników medycznych w poszczególnych Oddziałach:**

- Poradnie Specjalistyczne – 160 godzin miesięcznie

#### **Pielęgniarki w poszczególnych Oddziałach:**

- Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej – 320 godzin miesięcznie
- Pododdział Dializoterapii – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Hematologii i Onkologii Dziecięcej – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Endokrynologii Dzieci – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Urologiczny – 160 godzin miesięcznie
- Blok Operacyjny – 160 godzin miesięcznie
- Anestezja - znieczulenia – 100 godzin miesięcznie
- Oddział Pulmonologiczny – 100 godzin miesięcznie
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 300 godzin miesięcznie

I.

1. Umowa zostanie zawarta na okres od dnia 01.12.2024 r. do 31.12.2025 r.
2. Planowany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych przypada na grudzień 2024 r.
3. Ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie Konkursu, wzorem umowy i formularzem ofertowym zainteresowani mogą zapoznać się w Dziale Spraw Pracowniczych i Socjalnych (DSPS) Zamawiającego w godzinach 7<sup>30</sup> – 14<sup>00</sup> od dnia 20.11.2024r. oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

II.

1. Oferty należy składać w zamkniętej kopercie opatrzonej hasłem „**Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne – DSPS/P/06/2024**” w Kancelarii Zamawiającego do dnia 27.11.2024r. do godz. 10<sup>00</sup>. **Na kopercie muszą być dane personalne, telefon i adres nadawcy.**
2. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważać się będzie za złożoną w terminie, jeżeli wpłynie do adresata do godz. 10<sup>00</sup> w dniu, o którym mowa w pkt. 1.

III.

1. Otwarcie kopert z ofertami z udziałem oferentów nastąpi w dniu 27.11.2024r. w pokoju Kierownika DSPS o godz. 12<sup>00</sup> budynek nr 33 pokój nr 24.
2. Oferty będą rozpatrzone w terminie do 7 dni od daty otwarcia ofert.
3. Rozpatrywane będą wyłącznie oferty spełniające wymogi SWKO oraz przepisów prawa, zawierające dane, o których mowa w SWKO.
4. O rozstrzygnięciu konkursu oferenci zostaną powiadomieni do dnia 28.11.2024r. poprzez umieszczenie ogłoszenia na tablicy ogłoszeń w budynku Dyrekcji Zamawiającego i na stronie internetowej Zamawiającego.

IV.

Oferent związany jest ofertą do 60 dni od upływu terminu składania ofert.

V.

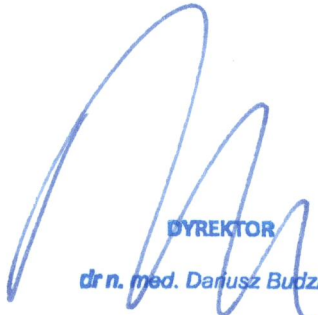
Zamawiający zastrzega sobie prawo do:

1. odwołania w całości lub w części konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny,
2. wyboru oferty zgodnej z wymogami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert,
3. wyboru więcej niż jednej oferty, które zostały złożone przez Oferentów na to samo zadanie.

VI.

W toku postępowania konkursowego do czasu zakończenia konkursu, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od daty dokonania zaskarżonej czynności. Komisja Konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od daty jej otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe będzie zawieszone. Po rozstrzygnięciu konkursu Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Zamawiającego, w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni do dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Decyzja Dyrektora jest ostateczna.

data, ...2.0...11...2024

  
DYREKTOR  
dr n. med. Dariusz Budziński

**Zarządzenie Nr 170/24**  
**Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1**  
**im. Prof. Stanisława Szyszko**  
**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**  
z dnia 20 listopada 2024 r.

**w sprawie powołania Komisji Konkursowej celem przeprowadzenia konkursu ofert nr DSPS/P/06/2024 na udzielenie świadczeń zdrowotnych.**

**Na podstawie:**

1. Art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej / tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 799/.
2. Zarządzenia Nr 52/23 z dnia 26.04.2023r. Dyrektora SPSK Nr 1 im. Prof. S. Szyszko SUM w sprawie wprowadzenia w życie "Regulaminu Przeprowadzania Konkursów Ofert na Udzielenie Świadczeń Zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach".
3. § 11 ust. 2 Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach zatwierdzonego zarządzeniem nr 141/2023 z dnia 03.10.2023r. Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
4. Procedur Akredytacji Ministra Zdrowia i wdrożonego Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością wg Norm ISO 9001:2015, PN-EN 15224:2017.

**z a r z ą d z a m**

**§ 1**

W celu przeprowadzenia konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez:

**Ratowników medycznych w poszczególnych Oddziałach:**

- Poradnie Specjalistyczne – 160 godzin miesięcznie

**Pielęgniarki w poszczególnych Oddziałach:**

- Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej – 320 godzin miesięcznie
- Pododdział Dializoterapii – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Hematologii i Onkologii Dziecięcej – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Endokrynologii Dzieci – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Urologiczny – 160 godzin miesięcznie
- Blok Operacyjny – 160 godzin miesięcznie
- Anestezja - znieczulenia – 100 godzin miesięcznie
- Oddział Pulmonologiczny – 100 godzin miesięcznie
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 300 godzin miesięcznie

powołuję Komisję Konkursową w następującym składzie:

1. Bartosz Jankowski – Przewodniczący Komisji,
2. mgr Elżbieta Harazim – członek Komisji
3. Anna Pindor - sekretarz.

**§ 2**

1. Prace Komisji Konkursowej określa Regulamin Prac Komisji Konkursowej SPSK Nr 1 im. Prof. S. Szyszko SUM, stanowiący Załącznik Nr 1 do Regulaminu Przeprowadzania Konkursów Ofert na Udzielenie Świadczeń Zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Za przestrzeganie prawidłowej pracy Komisji Konkursowej odpowiada Przewodniczący Komisji.
2. Komisja Konkursowa ulega rozwiązaniu z momentem rozstrzygnięcia postępowania.

**§ 3**

Nadzór nad niniejszym Zarządzeniem sprawuje Naczelną Pielęgniarka.

**§ 4**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

data: 20.11.2024 r.

Otrzymują: Członkowie Komisji

Kierownik Działu  
Spraw Pracowniczych i Socjalnych

Bartosz Jankowski

MARCIN PRASAŁEK  
Radca Prawny  
Kt 2333

DYREKTOR

dr n. med. Dariusz Budziński



**ZAMAWIAJĄCY:**

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1  
im. Prof. Stanisława Szyszko  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**Znak: DSPS/P/06/2024**

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (dalej: SWKO)  
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ:**

**Ratowników medycznych w poszczególnych Oddziałach:**

- Poradnie Specjalistyczne – 160 godzin miesięcznie

**Pielęgniarki w poszczególnych Oddziałach:**

- Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej – 320 godzin miesięcznie
- Pododdział Dializoterapii – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Hematologii i Onkologii Dziecięcej – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Endokrynologii Dzieci – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Urologiczny – 160 godzin miesięcznie
- Blok Operacyjny – 160 godzin miesięcznie
- Anestezja - znieczulenia – 100 godzin miesięcznie
- Oddział Pulmonologiczny – 100 godzin miesięcznie
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 300 godzin miesięcznie

**Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.**

Opracował: data, podpis

Kierownik Działu  
spraw Pracowniczych i Socjalnych

Bartosz Jankowski

Zabrze, dn. 20.11.2024r.

ZATWIERDZIŁ:

DYREKTOR

dr n. med. Dariusz Budziński

**I. PODSTAWA PRAWNA:**

1. Konkurs ofert przeprowadzany jest na zasadach określonych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 799) oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.).
2. W sprawach nieuregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane w ust. 1 oraz przepisy Kodeksu cywilnego.

**II. ZAMAWIAJĄCY:**

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1  
im. Prof. Stanisława Szyszko  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
ul. 3go Maja 13-15, 41-800 Zabrze  
Tel. 32/37 04 507; fax 32/37 04 522  
NIP 6482301274; REGON 271566088

**III. PRZEDMIOT KONKURSU:**

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przez:

**Ratowników medycznych w poszczególnych Oddziałach:**

- Poradnie Specjalistyczne – 160 godzin miesięcznie

**Pielęgniarki w poszczególnych Oddziałach:**

- Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej – 320 godzin miesięcznie
- Pododdział Dializoterapii – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Hematologii i Onkologii Dziecięcej – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Endokrynologii Dzieci – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii – 160 godzin miesięcznie
- Oddział Urologiczny – 160 godzin miesięcznie
- Blok Operacyjny – 160 godzin miesięcznie
- Anestezja - znieczulenia – 100 godzin miesięcznie
- Oddział Pulmonologiczny – 100 godzin miesięcznie
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 300 godzin miesięcznie

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16 grudnia 2002, L 329 z dnia 17 grudnia 2003 r., L 6 z dnia 20 grudnia 2006 r. i L 74 z dnia 15 marca 2008 r.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przedmiot umów obejmuje: medyczne usługi szpitalne – 85111200-2
3. Harmonogramy udzielanych świadczeń ustalane będą na każdy miesiąc kalendarzowy pomiędzy Oferentem i Zamawiającym na następujących zasadach:
  - a) Harmonogramy ustalane będą z Pielęgniarką Oddziałową/Pielęgniarką Koordynującą, w którym udzielane będą świadczenia zdrowotne do 15 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc wykonywania świadczeń. Harmonogramy będą zatwierdzane przez Naczelną

Pielęgniarkę.

- b) Zmiany w zatwierdzonym harmonogramie będą mogły być wprowadzone tylko za obopólną zgodą stron.
4. Udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany będzie do przestrzegania aktów prawa wewnętrznego obowiązującego u Zamawiającego.
5. Wskazane w formularzu ofertowym ilości godzin są szacunkowe. W związku z powyższym Zamawiający zastrzega sobie prawo realizowania usług w ilościach uzależnionych od rzeczywistych potrzeb w zakresie rzeczowym i ilościowym przy zachowaniu cen jednostkowych w okresie obowiązywania umowy.
6. Udzielający świadczeń zdrowotnych podczas ich realizacji będzie się stosował do zapisów umowy, której wzór stanowi załącznik nr 4 do niniejszego SWKO.

**IV. WYMAGANY TERMIN REALIZACJI:**

13 miesięcy od daty zawarcia umowy jednak nie dłużej niż do 31.12.2025r.

**V. WYMAGANIA I OBOWIĄZKI DOTYCZĄCE OFERENTÓW:**

1. Udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu, może ubiegać się Oferent, który:

**I. W zakresie świadczeń pielęgniarskich/położniczych w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii:**

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wymagane kwalifikacje | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dyplom szkoły pielęgniarskiej</li><li>• Posiadanie prawa wykonywania zawodu</li><li>• Kurs kwalifikacyjny w zakresie przetaczania krwi</li><li>• Specjalizacja w dz. pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki</li></ul> |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**II. W zakresie świadczeń pielęgniarskich/położniczych w Blokach Operacyjnych:**

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wymagane kwalifikacje | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dyplom szkoły pielęgniarskiej</li><li>• Posiadanie prawa wykonywania zawodu</li><li>• Specjalizacja w dz. pielęgniarstwa operacyjnego lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego</li></ul> |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**III. W zakresie świadczeń pielęgniarskich/położniczych w pozostałych Oddziałach:**

|                       |                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wymagane kwalifikacje | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dyplom szkoły pielęgniarskiej</li><li>• Posiadanie prawa wykonywania zawodu</li><li>• Kurs kwalifikacyjny w zakresie przetaczania krwi</li></ul> |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**IV. W zakresie świadczeń ratownika medycznego:**

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wymagane kwalifikacje | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dyplom policealnej szkoły ratowniczej lub ukończenia studiów licencjackich/magisterskich na kierunku ratownictwo medyczne.</li><li>• Posiadanie karty doskonalenia zawodowego ratownika medycznego</li></ul> |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- prowadzi działalność leczniczą w jednej z form wskazanych w art. 5 ust. 2 pkt 2) lit. a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 799 ze zm.) – dotyczy pielęgniarek i położnych,
  - prowadzi działalność gospodarczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej – dotyczy ratowników medycznych,
  - wykonujący działalność leczniczą lub legitymujący się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie niniejszego konkursu ofert,
  - niezawieszony w prawie wykonywania zawodu ani nie ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisach o izbach pielęgniarskich,
  - nie pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu oraz nie zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym
  - posiadający umowę ubezpieczenia, o której mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej,
  - posiadający wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Oferent zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
  3. Oferent zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia.
  4. W przypadku wystąpienia problemów z realizacją danego zakresu zlecenia Oferent niezwłocznie powinien o tym poinformować Zamawiającego.
  5. Oferent zapewni wykonanie świadczeń zdrowotnych określonych w konkursie zgodnie z obowiązującymi normami w tym zakresie z uwzględnieniem wymogów jakościowych.
  6. Wybrany oferent zobowiązany będzie do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej, wymaganej przepisami prawa.
  7. Oferent wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego oraz NFZ na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Oddziałem Funduszu.
  8. Oferent jest zobowiązany do osobistej realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu.
  9. Oferent może powierzyć ich wykonywanie osobom/podmiotom trzecim tylko i wyłącznie za pisemną zgodą Zamawiającego i w sytuacjach wyjątkowych.
  10. Oferent jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z posiadaną wiedzą, doświadczeniem i wymaganymi umiejętnościami.
  11. Oferent zobowiązuje się przez cały okres trwania umowy do posiadania ważnej polisy OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 799). W przypadku zmiany rozporządzenia wykonawczego regulującego wysokość ubezpieczenia Oferent ma obowiązek zaktualizować swoją polisę zgodnie z aktualnymi przepisami.

#### VI. **SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę. Dopuszcza się składanie ofert częściowych w liczbie godzin nie wyższej niż określona w niniejszym SWKO.
2. Oferta winna być sporządzona zgodnie z wymogami SWKO i powinna być złożona w formie pisemnej, w języku polskim na formularzu oferty (wzór stanowi Załącznik nr 1 do SWKO) wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami, które stanowią integralną jej część.
3. Oferta winna być napisana na komputerze, maszynie do pisania lub czytelnie ręcznie długopisem bądź piórem.
4. Wszystkie zapisane strony oferty wraz z załącznikami winny być złączone w sposób trwały.

5. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną lub osobę/osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
6. Oferta musi być podpisana przez Oferenta lub osobę uprawnioną do jego reprezentowania. Dokumenty stwierdzające uprawnienie do reprezentacji Oferenta stanowią również załączniki do oferty.
7. Wszystkie załączone do formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 1 do SWKO dokumenty winne być aktualne. Do załączników winno być dołączone, złożone przez Oferenta oświadczenie, że ich stan prawny się nie zmienił.
8. Zamawiający może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnej potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej prawdziwości.
9. Oferent może wycofać ofertę przed terminem otwarcia ofert. Wycofanie oferty powinno nastąpić na piśmie pod rygorem nieważności.
10. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

11. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz opisane w następujący sposób:

**„Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne – DSPS/P/05/2024  
nie otwierać przed 25.10.2024r. o godz. 12.00”**

12. Odrzucenie oferty przez Zamawiającego nastąpi w przypadku złożenia oferty w sposób niezgodny z wymaganiami określonymi w SWKO, jak również w następujących przypadkach:
  - a. oferta złożona została przez Oferenta po terminie,
  - b. oferta zawiera nieprawdziwe informacje,
  - c. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
  - d. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
  - e. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
  - f. jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną,
  - g. jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa,
  - h. oferta złożona przez Oferenta, z którym została w okresie 5 lat od ogłoszenia konkursu rozwiązana przez Zamawiającego umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
13. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 12 lit b. do h., dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
14. 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.

## **VII. ZAWARTOŚĆ OFERTY:**

1. Formularz ofertowy stanowiący Załącznik nr 1 do SWKO.
2. Oświadczenie Oferenta sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
4. Dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert lub zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej w przedmiocie niebędącym przedsiębiorcą wystawiony przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych.

5. Polisa ubezpieczenia OC wraz z oświadczeniem, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji umowy. W przypadku przedłożenia w ofercie promesy ubezpieczenia warunkiem koniecznym do zawarcia umowy z wybranym Oferentem jest dostarczenie polisy OC przed podpisaniem umowy.
6. Dokumenty wymienione w pkt. 1,2 Oferent składa w formie oryginału. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczone „za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną /osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta i opatrzone pieczętą imienną identyfikującą tą osobę.

#### **VIII. ZASTRZEŻENIA ZAMAWIAJĄCEGO:**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów, odwołania konkursu w całości lub w części, lub pozostawienia ofert bez rozstrzygnięcia – bez podania przyczyny, jak również do unieważnienia konkursu.
2. Oferentowi nie przysługuje żadne roszczenie względem Zamawiającego z tytułu zastosowania przez Zamawiającego, praw określonych w ust.1.
3. Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
  - a. nie wpłynęła, żadna oferta,
  - b. wpłynęła jedna oferta nie podlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 4,
  - c. odrzucono wszystkie oferty,
  - d. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
  - e. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
4. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
5. Termin odpłatności - rozliczenie miesięczne, do 21 dni od dnia otrzymania faktury.

#### **IX. KRYTERIA OCENY OFERT:**

1. Zamawiający przy wyborze kieruje się następującymi kryteriami i ich znaczeniem:
  - Cena brutto za 1 godzinę realizowanego zadania (W) – 85
  - Jakość (J) – 5
  - Dostępność (D) – 5
  - Ciągłość (C) – 5

Oferta zawierająca najniższą cenę otrzyma maksymalną ilość punktów.

**Za ofertę najkorzystniejszą uznana zostanie oferta, która uzyska największą ilość punktów ustaloną według poniższego wzoru:**

$$S=W+J+D+C$$

Gdzie:

S – całkowita suma uzyskanych punktów (max. 100 pkt)

W – liczba punktów przyznana za kryterium cena

J – liczba punktów przyznana za kryterium jakość

D – liczba punktów przyznana za kryterium dostępność

C – liczba punktów przyznana za kryterium ciągłość

#### **Kryterium 1. Cena**

W ramach tego kryterium oferta może uzyskać maksymalnie 85 pkt. Oceniane będzie jak niżej:

13

$$W = \frac{C_{min}}{C_0} * 85$$

Gdzie:

W – wartość punktowa ocenianego kryterium

C<sub>min</sub> – najniższa cena ze złożonej oferty

C<sub>0</sub> – cena ocenianej oferty

### Kryterium 2. Jakość

W ramach tego kryterium oferta może uzyskać 5 pkt za wykazanie się co najmniej 5 latami doświadczenia w świadczeniu usług objętych postępowaniem.

### Kryterium 3. Dostępność

W ramach tego kryterium oferta może uzyskać 5 pkt, jeżeli oferent zaoferuje świadczenie usług w pełnym wymiarze.

### Kryterium 4. Ciągłość

W ramach tego kryterium oferta może uzyskać 5pkt, w przypadku gdy Oferent w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizował świadczenia zdrowotne będące przedmiotem zamówienia na rzecz Udzielającego Zamówienia.

2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru więcej niż jednej oferty, które zostały złożone przez Oferentów na to samo zadanie.

## X. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA / OTWARCIA OFERT:

1. Oferty w formie pisemnej pod rygorem nieważności należy składać w zamkniętych kopertach w Kancelarii Szpitala (budynek Nr 33, II piętro, pok. 18).
2. Termin składania ofert upływa w dniu 27.11.2024r. o godz. 10.00.
3. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w dniu 27.11.2024r. o godz. 12.00, (budynek nr 33 pokój nr 24).
4. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu nastąpi do dnia 28.11.2024r. Ogłoszenie zostanie opublikowane na tablicy ogłoszeń oraz stronie internetowej Szpitala.
5. Oferent może być obecny przy otwarciu ofert.
6. W części zamkniętej konkursu, bez udziału Oferentów, Komisja:
  - ustala, które z ofert spełniają warunki określone w SWKO,
  - przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów w części jawnej,
  - podejmuje decyzje co do wezwania Oferenta do uzupełnienia oferty, bądź wnioskuje do Dyrektora o odrzucenie oferty,
  - wnioskuje do Dyrektora o unieważnienie postępowania,
  - wnioskuje do Dyrektora o odrzucenie oferty,
  - wybiera najkorzystniejszą ofertę, albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

## XI. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:

Oferent związany jest ofertą do 60 dni od upływu terminu składania ofert.

## XII. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ:

1. Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienie wszelkich wątpliwości związanych z SWKO, kierując swoje zapytanie na piśmie, faksem lub mailem. Nr faxu: 32/37 04 526, adres e-mail: [kadry@szpital.zabrze.pl](mailto:kadry@szpital.zabrze.pl). Wszelkie zawiadomienia i odpowiedzi na zapytania i wnioski Oferentów umieszczane będą niezwłocznie na stronie internetowej Zamawiającego, bez ujawniania źródła zapytania oraz wysyłane w formie pisemnej na adres wskazany przez Oferenta. Dopuszcza się możliwość przesyłania odpowiedzi / wyjaśnień faksem lub drogą elektroniczną na wskazany we wniosku / zapytaniu nr faksu lub adres mailowy Oferenta. Zamawiający odpowie na

P. 7

pytania Oferentów pod warunkiem, że wpłyną one do Zamawiającego najpóźniej w terminie 3 dni roboczych przed terminem składania ofert. Po tym terminie Zamawiający nie będzie odpowiadał na pytania.

2. Osobą upoważnioną do kontaktu z Oferentami jest Bartosz Jankowski tel. 32/37 04 509.
3. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający w każdym czasie przed terminem składania ofert może wprowadzić zmiany do SWKO. Informację o dokonanej modyfikacji Zamawiający zamieści na swojej stronie internetowej.
4. Jeżeli w wyniku modyfikacji SWKO konieczny będzie dodatkowy czas na wprowadzenie zmian do ofert, Zamawiający przedłuży termin składania ofert.

### **XIII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOWI:**

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - wybór trybu postępowania,
  - niedokonanie wyboru Oferenta,
  - unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamiesza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Zamawiającego.
8. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

### **XIV. ZAWARCIE UMOWY:**

1. Zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne nastąpi nie później niż w terminie 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
2. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs, uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze najkorzystniejszą z pośród pozostałych ofert nieodrzuconych.

Załączniki do SWKO:

1. Załącznik nr 1 – *Formularz ofertowy*;
2. Załącznik nr 2 – *Klauzula informacyjna RODO*;
3. Załącznik nr 3 – *Oświadczenie Oferenta*;
4. Załącznik nr 4 – *Projekt umowy*;



Zabrze, dn.....

/Nr wpisu do właściwego rejestru

i oznaczenie organu dokonującego wpisu/

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1  
im. Prof. Stanisława Szyszko  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach**

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie:

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków łączności Udzielającego Zamówienie.

Oświadczam, iż posiadam specjalizację ...../jestem w trakcie specjalizacji  
w dziedzinie .....

**Proponowane kwoty należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu przez podmioty, o których mowa w art. 5 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024 poz. 799)**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu:**

1. Pielęgniarskich/ratowniczych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Szpitalu ze szczególnym uwzględnieniem Oddziału ..... za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych ..... zł brutto (słownie:.....) w ilości godzin nie mniejszej niż ..... oraz nie większej niż ..... miesięcznie.

P. 7

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od 01.12.2024 r. do 31.12.2025 r.

W załączeniu przedkładam:

- ☐ kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia O. C.,
- ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje,
- ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających uzyskanie/rozpoczęcie specjalizacji,
- ☐ kserokopię prawa wykonywania zawodu
- ☐ kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Rejestru prowadzonego w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych,
- ☐ kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego,

.....  
/pieczętka i podpis/

13

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 799) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.).

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się i akceptuję bez jakichkolwiek zastrzeżeń:

- Szczegółowe warunki konkursu ofert.
- Treść ogłoszenia konkursu ofert.
- Projekt umowy

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną, stanowiącą załącznik nr 3 do SWKO i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu ofert.

Niniejsze oświadczenie stanowi integralną część oferty.

.....  
/pieczętka i podpis/



### **Klauzula informacyjna**

1. Administratorem danych osobowych zawartych w dokumentacji konkursowej jest Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 41 -800 Zabrze, ul. 3-go Maja 13-15.
2. Z inspektorem ochrony danych może się Pan/Pani skontaktować drogą elektroniczną pod adresem [iod@szpital.zabrze.pl](mailto:iod@szpital.zabrze.pl)
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit b) RODO w celu prowadzenia postępowania, na podstawie którego zostanie zawarta umowa z wybranym oferentem ;
4. Pana/Pani dane będą przechowywane przez 5 lat licząc od końca roku, w którym zakończono postępowanie;
5. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia (z zastrzeżeniem art. 17 ust. 3 lit. c RODO) lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
6. Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być udostępniane osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
7. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem przystąpienia do konkursu ofert.
9. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały profilowaniu.
10. Administrator nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

# Umowa Nr UK/P/ /2024 o udzielenie pielęgniarskich/ratowniczych świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniu .....2024r. w Zabrzu pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. 3-go Maja 13 – 15, 41 – 800 Zabrze, NIP 648-23-01-274, REGON 271566088, KRS nr 0000025325 zwanym dalej Udzielającym zamówienia reprezentowanym przez:**  
**Dr n.med. Dariusz Budziński – Dyrektor**

a  
..... zamieszkatym ..... PESEL:  
..... prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą  
....." z siedzibą w .....  
NIP ....., REGON ..... zwanym dalej Przyjmującym zamówienie.

Podstawę prawną niniejszej umowy stanowią w szczególności:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej /tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 799/
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej /tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 814 z późn. zm./.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /(tekst jednolity Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 01 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (tekst jednolity Dz.U. 2023 poz. 2187 z późn. zm.)

Na podstawie art. 27 ustawy o działalności leczniczej oraz konkursu ofert nr DSPS/P/06/2024 przeprowadzonego przez Zamawiającego Strony zawierają umowę następującej treści:

## § 1

### Przedmiot umowy

1. Udzielający zamówienia zamawia, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki w Szpitalu zgodnie ze złożoną ofertą, stanowiącą załącznik do niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się realizować świadczenia określone w ust. 1 w Oddziale:
- .....
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż posiada kwalifikacje zawodowe określone w SWKO, które stanowi integralną część konkursu, czego potwierdzeniem są dokumenty dołączone do złożonej oferty.

## § 2

### Organizacja udzielania świadczeń

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia, jednak nie mniej niż ..... godzin i nie więcej niż ..... godzin miesięcznie, przy czym ilość godzin może zostać zmniejszona lub zwiększona za zgodą Naczelnej Pielęgniarki. Świadczenia realizowane będą w ramach 12- lub 24-godzinnych dyżurów.
2. Harmonogram udzielanych świadczeń uzgadniany będzie na każdy miesiąc kalendarzowy pomiędzy Przyjmującym zamówienie i Udzielającym zamówienie na następujących zasadach:
  - a) Przyjmujący zamówienie ustalać będzie z Pielęgniarką Oddziałową/Koordynującą do 15 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym Przyjmujący zamówienie wykonywał będzie świadczenia, czas wykonywania świadczeń w danym miesiącu przez Przyjmującego zamówienie. Harmonogram zatwierdzany będzie przez Naczelną Pielęgniarkę. Osobą upoważnioną przez Udzielającego zamówienie do sporządzania harmonogramów z Przyjmującym zamówienie jest .....

P-3

b) Zmiany w zatwierdzonym w ten sposób harmonogramie mogą być wprowadzone tylko za obopólną zgodą Przyjmującego zamówienie i Udzielającego zamówienia. Ewidencja godzin czasu świadczenia usług przez Przyjmującego zamówienie prowadzona będzie w sposób przyjęty u Udzielającego zamówienia.

### §3

#### **Obowiązki Przyjmującego zamówienie**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny oraz z dołożeniem należytej staranności.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania:
  - przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
  - przepisów dotyczących ochrony danych osobowych,
  - standardów udzielania świadczeń medycznych ustalonych przez Udzielającego zamówienia,
  - standardów udzielania świadczeń medycznych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia rzetelnie i dokładnie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz wewnętrznymi zarządzeniami Udzielającego zamówienia, z którymi ma obowiązek się zapoznać.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu materiałów medycznych, materiałów i artykułów sanitarnych dostarczonych przez Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest używać sprzętu i aparatury medycznej należących do Udzielającego zamówienia na zasadach oznaczonych w § 4 ust. 1b) wyłącznie do realizacji obowiązków Przyjmującego zamówienie określonych w niniejszej umowie.
6. Przyjmujący zamówienie nie może wykorzystać udostępnionych przez Udzielającego zamówienia na zasadach § 4 ust. 1 a) i b) pomieszczeń, wyposażenia medycznego, środków zdrowotnych do udzielenia innych niż objęte niniejszą umową świadczeń zdrowotnych, bez zgody Udzielającego zamówienia.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do współpracy z personelem udzielającym świadczeń medycznych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:
  - posiadania aktualnych badań profilaktycznych, a jeżeli będzie to konieczne Udzielający zamówienia umożliwi odpłatne przeprowadzenie badań w swojej Poradni Medycyny Pracy wystawiając fakturę za przeprowadzone badania,
  - posiadanie aktualnych szkoleń z zakresu BHP,
  - posiadanie odzieży roboczej.
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:
  - ubezpieczenia się od odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz.U. 2019 r., poz. 866) przed podjęciem pierwszej czynności z zakresu świadczeń zdrowotnych,
  - okazania polisy ubezpieczeniowej, o której wyżej mowa oraz dostarczenia jej kopii udzielającemu zamówienie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podjęcia pierwszej czynności z zakresu świadczeń zdrowotnych,
  - utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.
10. Przyjmujący zamówienie może opuścić stanowisko dopiero po zgłoszeniu się i przejęciu obowiązków przez swego następcę. Brak zastępstwa powinien być zgłoszony niezwłocznie Pielęgniarsce Oddziałowej. W przypadku, braku możliwości opuszczenia stanowiska w związku z brakiem następcy na dyżurze, wynikającym z przyczyn leżących po stronie Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie

1.7

uprawniony jest do dodatkowego wynagrodzenia za czas świadczenia usług ponad czas wynikający z harmonogramu, o którym mowa w § 2 niniejszej umowy.

11. Przyjmujący zamówienie może wykonywać udzielone zamówienie przez osobę trzecią po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody osoby działającej w imieniu Udzielającego zamówienia. W takim przypadku, osobą zastępującą Przyjmującego zamówienie w wykonywaniu niniejszej umowy może być wyłącznie pielęgniarz/ratownik medyczny posiadający kwalifikacje odpowiadające wykonywanym w oddziale procedurom i świadczący na rzecz Udzielającego zamówienia na zasadach umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne lub na podstawie umowy o pracę.
12. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby trzecie, które go zastępują tak jak za własne działania lub zaniechania. Osoby trzecie zastępujące Przyjmującego zamówienie zobowiązane są do posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na zasadach tożsamyh z ubezpieczeniem Przyjmującego zamówienie.
13. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli Udzielającego zamówienia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i podmiotów, w zakresie dostępności, sposobu, przebiegu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy oraz ich jakości.
14. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.
15. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapoznania się z Dokumentacją Ochrony Danych Osobowych w SPSK Nr 1 im. prof. S. Szyszko SUM.

#### § 4

##### **Obowiązki Udzielającego zamówienia**

1. Dla realizacji umowy Udzielający zamówienie zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu zamówienie:
  - a) Pełny i nieograniczony dostęp do wszelkich pomieszczeń i środków znajdujących się na terenie placówki Udzielającego zamówienie, niezbędnych do wykonywania niezakłóconej działalności w zakresie usług.
  - b) Pełny i swobodny dostęp do wszelkich urządzeń medycznych (sprzętu i aparatury, a także środków transportu i leków, a także materiałów opatrunkowych i sprzętu jednorazowego użytku), niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, znajdujących się na terenie placówki Udzielającego zamówienie. Udzielający zamówienie zapewnia pełną sprawność tych urządzeń, a także serwis i okresowe przeglądy.
2. Udzielający zamówienia zobowiązany jest ponosić wszelkie koszty konserwacji i naprawy urządzeń medycznych, o których mowa w ust. 1b).
3. Udzielający zamówienia zapewnia Przyjmującemu zamówienie przeprowadzenie nieodpłatnie badań, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia stanowi następstwo wypadku w trakcie świadczenia usług medycznych, a do wypadku tego doszło z przyczyn niezawinionych przez Przyjmującego zamówienie.
4. Udzielający zamówienie udostępni Przyjmującemu zamówienie wewnętrzne zarządzenia Udzielającego zamówienia.
5. Udzielający zamówienia upoważni Przyjmującego zamówienie do przetwarzania danych osobowych, po uprzednim przeszkoleniu w tym zakresie.

#### § 5

##### **Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie**

1. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie.
2. W przypadku, gdy zobowiązanie Przyjmującego zamówienie do zapłaty odszkodowania, kary bądź innego świadczenia pieniężnego na rzecz osoby trzeciej w związku z wykonywaniem świadczeń wynikających z niewłaściwego działania sprzętu albo urządzeń, (które zobowiązał się zapewnić lub udostępnić Udzielający zamówienie), a które nie odpowiadają wymaganiom wówczas Udzielający zamówienie zwolni Przyjmującego zamówienie z obowiązku zapłaty takiego odszkodowania, kary bądź innego świadczenia pieniężnego, a gdy Przyjmujący zamówienie dokonał zapłaty wspomnianych odszkodowań, kar lub świadczeń, Udzielający zamówienie zapłaci Przyjmującemu zamówienie kwotę równą kwocie zapłaconej przez Przyjmującego zamówienie i wynikającej z owych

odszkodowań, kar lub świadczeń.

3. Przyjmujący zamówienie jest odpowiedzialny za utratę lub uszkodzenie sprzętu i aparatury medycznej Udzielającego zamówienia, o której mowa, w § 4 ust. 1b), jeżeli jej utrata lub uszkodzenie nastąpiło w wyniku używania przez Przyjmującego zamówienie w sposób sprzeczny z umową, albo z właściwościami lub z przeznaczeniem sprzętu i aparatury albo, gdy nie będąc do tego upoważniony przez umowę ani zmuszony przez okoliczności powierza sprzęt i aparaturę innej osobie, a sprzęt i aparatura nie byłaby uległa utracie lub uszkodzeniu, gdyby jej używał w sposób właściwy.
4. Przyjmujący zamówienie odpowiada za ww. sprzęt i aparaturę tylko w okresie, gdy ją faktycznie używa i bezwzględnie zabezpiecza po użyciu, w pozostałym zakresie odpowiada Udzielający zamówienia.

## § 6

### **Cesja praw i obowiązków**

Przyjmujący zamówienie nie może przenieść praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody Udzielającego zamówienia oraz Podmiotu Tworzącego.

## § 7

### **Wynagrodzenie**

1. Strony zgodnie ustalają, że należność z tytułu wykonywania zadań określonych w niniejszej umowie wynosi:
  - a) udzielanie pielęgniarских/ratowniczych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Szpitalu za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych - .....zł brutto (słownie:.....).
2. Należność za wykonane usługi płatna będzie w okresach odpowiadających miesięcowi kalendarzowemu, w oparciu o wystawiony przez Przyjmującego zamówienie rachunek potwierdzony przez przedstawicieli Udzielającego Zamówienia jakimi są Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca oraz Naczelną Pielęgniarką. Przyjmujący zamówienie ustala na rachunku należne mu wynagrodzenie w oparciu o zapisy w ust. 1. Wzór potwierdzenia stanowi Załącznik Nr 1 do Umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedłożyć rachunek/fakturę wraz z potwierdzeniem w Kancelarii Szpitala Udzielającego zamówienia po wykonaniu usług dotyczących miesiąca, za które rachunek jest wystawiany. Kancelaria przyjmuje tylko komplet dokumentów tj. rachunek/faktura wraz z potwierdzeniem. Płatność należności objętych rachunkiem wystawionym na zasadach, o których mowa w ust. 1 będzie mieć miejsce w terminie 21 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionego rachunku przez Udzielającego zamówienia.
4. Udzielający zamówienia będzie wypłacał należności za zrealizowane świadczenia na wskazane na rachunku konto bankowe Przyjmującego zamówienie.

## § 8

### **Postanowienia antykorupcyjne oraz dotyczące konkurencji**

1. Przyjmującemu zamówienie nie wolno pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.
2. Przyjmującemu zamówienie nie wolno prowadzić żadnych działań, które można uznać za działania na szkodę Udzielającego zamówienia w szczególności zabronione jest:
  - a) kierowanie pacjentów, którym udzielane jest świadczenie u Udzielającego zamówienia do innych podmiotów prowadzących działalność konkurencyjną w stosunku do Udzielającego zamówienia.

## § 9

### **Oświadczenia Przyjmującego zamówienie**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą sam rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż zgłosił swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

**Okres obowiązywania umowy**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony, z mocą od dnia .....r. do dnia .....r.
2. W przypadku zmian zasad kontraktowania i warunków finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób odbiegający od obowiązujących w dniu podpisania umowy oraz rozwiązania i nie zawarcia nowego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę za 7 dniowym okresem wypowiedzenia.
3. Niemożność osobistego wykonywania świadczeń medycznych objętych niniejszą umową przez Przyjmującego zamówienie przez łączny okres w czasie trwania niniejszej umowy dłuższy niż 30 dni, może stanowić podstawę dla Udzielającego zamówienia do rozwiązania umowy za 7 dniowym okresem wypowiedzenia.
4. Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 5 dniowego okresu wypowiedzenia w przypadku:
  - a) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień do wykonywania zawodu,
  - b) popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych Przyjmującemu zamówienie, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste,
  - c) powtarzających się uzasadnionych skarg pacjentów, złożonych zgodnie z kartą praw pacjenta gdy wynikają one z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
  - d) nienależytego udzielania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie lub ograniczenia ich zakresu,
  - e) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości.
5. Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do rozwiązania umowy z zachowaniem 5 dniowego okresu wypowiedzenia w przypadku pozostawania przez Udzielającego zamówienia w zwłocie z zapłatą wynagrodzenia dłuższą niż 30 dni.
6. Dopuszcza się rozwiązanie umowy przez każdą ze stron przy zachowaniu jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

**Kary umowne**

1. W przypadku niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Przyjmującego zamówienie jego obowiązków wynikających z niniejszej umowy, z przyczyn leżących jego stronie poprzez:
  - a) udzielania świadczeń w sposób i na warunkach nie odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i w umowie,
  - b) pełnienia zastępstwa za Przyjmującego zamówienie przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
  - c) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,
  - d) udaremniania kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne uprawnione organy i podmioty albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
  - e) pobierania nienależnych opłat od pacjentów za świadczenia będące przedmiotem umowy,
  - f) nieuzasadnionej odmowy udzielenia pacjentowi świadczeń,
  - g) nieprawidłowego prowadzenie dokumentacji medycznej,

**W zakresie pkt a), b) i c)**

Udzielający zamówienia może nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości kwoty stanowiącej 200% wartości niezrealizowanego świadczenia, kalkulowanego jako iloczyn ilości godzin udzielania świadczeń do wykonania w danym dniu niewykonanych lub nienależycie wykonanych oraz stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń wynikającej z umowy.

**W zakresie pkt d), e), f), g)**

Udzielający zamówienia może nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości 1.000,00 zł za każdą stwierdzoną nieprawdliwość.

2. Jeżeli szkoda przewyższa karę umowną Udzielający zamówienia może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§ 12

**Postanowienia końcowe**

1. Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy dla osób trzecich, z zastrzeżeniem obowiązku ujawnienia ich treści, w przypadku gdy będzie to wynikać z obowiązujących przepisów prawa.
2. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz inne przepisy prawa pozostające w związku z niniejszym zamówieniem.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Przyjmujący  
Zamówienie:**

**Udzielający  
Zamówienia:**

MARCIN PRASZCZYK  
Radca P...  
Kt 2330

Nazwisko i Imię:.....

Oddział:.....

Rodzaj świadczonej usługi: pielęgniarka/ratownik

**KARTA ZAROBKOWA ZA ŚWIADCZONE USŁUGI**  
**w miesiącu: .....**

| Dzień | Miejsce świadczenia usług | Godzina rozpoczęcia | Godzina zakończenia | Czas trwania |
|-------|---------------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| 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    |                           |                     |                     |              |

.....  
data wypełnienia

.....  
podpis i pieczęć

.....  
podpis i pieczęć  
Pielęgniarki Naczelnej

.....  
podpis i pieczęć  
Pielęgniarki Oddziałowej

11

