SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W POZNANIU
ul. B. Krysiewicza7/8, 61-825 Poznań

Specyfikacja

istotnych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne wszczętego zarządzeniem Dyrekcji SZOZnMiD w Poznaniu nr DN – 021 – 3 – 11/16

przewidywany okres realizacji zamawianych świadczeń zdrowotnych : **3 lata**
identyfikator konkursu: Konkurs-Lekarze/10/2016

SZOZnMiD w Poznaniu

2016-11-18

Zamówienie realizowane w oparciu o art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 j.t. z późn. zm). Niniejsza specyfikacja stanowi załącznik do Zarządzenia Dyrekcji SZOZnMiD w Poznaniu nr **DN – 021 – 3 –11/16**

1 SPIS TREŚCI

2 Udzielający Zamówienia 3
3 Przedmiot Zamówienia 3
4 Procedura konkursowa 3
4.1 Przebieg procedury konkursowej 3
4.2 Środki odwoławcze 5
4.2.1 Protest 6
4.2.2 Odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania 6
5 Zasady realizacji zamawianych Świadczeń Zdrowotnych 6
6 Przewidywany termin realizacji zamówienia 6
7 Kryteria oceny przy wyborze oferty 7
7.1 Kryteria oceny ofert 7
7.2 Sposób obliczania wartości punktowej 7
8 Udzielanie wyjaśnień 8

© SZOZnMiD w Poznaniu, 2016

SZCZEGÓŁY KONKURSU

2 UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu zwany dalej „SZOZnMiD w Poznaniu".

siedziba :	ul. Bolesława Krysiewicza 7/8, 61-825 Poznań
telefon:	061 - 850 - 62 - 33
fax.:	061 - 852 - 98 - 06
Regon:	630863147
NIP:	778 - 11 - 28 - 565

3 PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia są świadczenia zdrowotne:

Zakres 1 **Anestezjologia i Intensywna Terapia (Szpital Św. Józefa)**

Zakres 2 **Anestezjologia i Intensywna Terapia (Szpital Św. Rodziny)**

Zakres 3 **Anestezjologia i Intensywna Terapia – gotowość do świadczenia usług (Szpital Św. Rodziny)**

Oferent może przystąpić do jednego z zakresów lub kilku jednocześnie (wtedy oferent winien złożyć formularze ofertowe przypisane do danego zakresu oddzielnie dla każdego z zakresów).

4 PROCEDURA KONKURSOWA

4.1 PRZEBIEG PROCEDURY KONKURSOWEJ

1. Procedura konkursu ofert zostaje wszczęta zarządzeniem Dyrekcji SZOZnMiD w Poznaniu powołującym komisję konkursową oraz ustanawiającym niniejszą specyfikację.
2. Niniejsza specyfikacja stanowi Załącznik do zarządzenia, o którym mowa w ust. 1. i zawiera:
    a. opis przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
    b. kryteria oceny ofert,
    c. warunki, których spełnienia zamawiający wymaga od składających ofertę.
3. Komisja konkursowa zamieszcza ogłoszenie o konkursie ofert na tablicy ogłoszeń w siedzibie SZOZnMiD w Poznaniu, oraz na stronie internetowej zamawiającego, a także na tablicy ogłoszeń Wielkopolskich Izb Lekarskich.
4. W odpowiedzi na ogłoszenie oferenci składają oferty:
    1) Oferta dla danego zakresu powinna być sporządzona w formie pisemnej na **Formularzu Ofertowym**, którego wzór stanowi **Załącznik/-i** do niniejszej specyfikacji.

© SZOZnMiD w Poznaniu, 2016

2) W ofercie, wraz z wypełnionym Formularzem Ofertowym (podpisanym przez osobę uprawnioną) znajdować się powinny:
   a. kserokopie dyplomów: ukończenia uczelni oraz posiadanych specjalizacji i innych dodatkowych kwalifikacji,
   b. kserokopia karty szkolenia specjalizacyjnego, jeśli oferent jest w trakcie takiego szkolenia,
   c. kserokopia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,
   d. kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu,
   e. kserokopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON,
   f. kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG),
   g. kserokopia dokumentu potwierdzającego nadanie numeru NIP,
   h. aktualna zdolność lekarska do wykonywania zawodu,
   i. aktualna polisa ubezpieczeniowa zawarta w oparciu o ROZPORZĄDZENIE MINISTRA FINANSÓW z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z dnia 30 grudnia 2011 r - Dz.U.2011.293.1729.).
3) Oferta winna być sporządzona w języku polskim.
4) Oferta winna być złożona w zamkniętej kopercie w postaci pisemnej pod rygorem nieważności z napisem:
   „Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych 2017–2019 - Anestezjologia i Intensywna Terapia"
   oraz opatrzoną nazwą i adresem firmy oferenta, w miejscu i czasie określonym w ogłoszeniu.

5. Po terminie wskazanym w ogłoszeniu jako ostateczny termin składania ofert komisja konkursowa dokonuje otwarcia ofert.
6. Komisja odrzuca ofertę:
   1) złożoną przez oferenta po terminie,
   2) zawierającą nieprawdziwe informacje,
   3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych,
   4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
   5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
   6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
   7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w niniejszej specyfikacji w ust. 4,

© SZOZnMiD w Poznaniu, 2016

8) złożoną przez oferenta, z którym została rozwiązana przez SZOZnMiD w Poznaniu umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

7. 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.
8. Dyrektor SZOZnMiD w Poznaniu unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy:
   1) nie wpłynęła żadna oferta,
   2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 9,
   3) odrzucono wszystkie oferty,
   4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą SZOZnMiD w Poznaniu przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,
   5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów SZOZnMiD w Poznaniu, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
9. 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.
10. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.
11. Ogłoszenie, o którym mowa w ust. 10, zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres oferenta, który został wybrany.
12. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.
13. Z przyjmującym zamówienie wyłonionym w trybie konkursu ofert SZOZnMiD w Poznaniu zawrze umowę na okres **3 lat**.

4.2 Środki odwoławcze

Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez SZOZnMiD w Poznaniu zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze i skarga.

© SZOZnMiD w Poznaniu, 2016

4.2.1 PROTEST

1) w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności,
2) do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny,
3) komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest,
4) protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu,
5) informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej SZOZnMiD w Poznaniu,
6) w przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

4.2.2 ODWOŁANIE DOTYCZĄCE ROZSTRZYGNIĘCIA POSTĘPOWANIA

1) oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora SZOZnMiD w Poznaniu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania,
2) odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu,
3) odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania,
4) wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

5 ZASADY REALIZACJI ZAMAWIANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zasady realizacji zamawianych świadczeń zawarto w projekcie umowy stanowiącym **Załączniku nr 2** do niniejszej specyfikacji.

6 PRZEWIDYWANY TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiąca przedmiot konkursu zostanie zawarta na okres **3 lat**.
2. Przyjmujący zamówienie musi zapewnić wykonanie świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy nie później niż **1 stycznia 2017 roku**.

© SZOZnMiD w Poznaniu, 2016

7 KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY

7.1 KRYTERIA OCENY OFERT

Przy wyborze oferty Zamawiający kierował się będzie następującymi kryteriami i ich wagami:

Kryterium I	-	cena usługi	waga 95 %
Kryterium II	-	termin płatności	waga 5 %

Ocena ofert zostanie przeprowadzona w oparciu o przedstawione wyżej kryteria oraz ich wagi.

7.2 SPOSÓB OBLICZANIA WARTOŚCI PUNKTOWEJ

1. Wartość punktowa Kryterium I (ceny) będzie wyliczana wg wzoru:

$$\text{Wartość punktowa kryterium I} = W \times \frac{C_{min}}{C_n}$$

W - waga ocenianego kryterium
C min - cena minimalna (tj. najniższa z zaoferowanych)
Cn - cena oferowana przez ocenianego oferenta
gdzie cena oferowana to suma iloczynów oferowanych cen jednostkowych poszczególnych usług zawartych w formularzu ofertowym i szacowanej przez SZOZnMiD w Poznaniu wielkości realizacji tj. ilości usług/rok, zawartych również w formularzu(ach) ofertowym(ych) stanowiącym(ych) w **Załącznik(i)** do niniejszej specyfikacji.

2. Wartość punktowa Kryterium II wynikać będzie z oceny, jaką członkowie komisji przyznają poszczególnym oferentom na podstawie zaoferowanego terminu płatności wg zasad:

   a. 5 punktów przyznane zostanie za termin od 7 do 13 dni,
   b. 10 punktów przyznane zostanie za termin od 14 do 20 dni,
   c. 15 punktów przyznane zostanie za termin od 21 i więcej dni,

   ostateczna ocena oferty w Kryterium II wyliczana będzie wg wzoru:

$$\text{Wartość punktowa kryterium II} = W \times \frac{O}{O_{max}}$$

W - waga ocenianego kryterium
O max – najwyższa ilość przyznanych punktów
O – ilość punktów przyznanych ocenianemu oferentowi

Zastrzeżenie: Oferty z terminem płatności poniżej 7 dni zostaną odrzucone.

© SZOZnMiD w Poznaniu, 2016

8 UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ

W terminie do trzech dni przed ostatecznym złożeniem ofert oferent może zwrócić się faxem (fax. 061 852 98 06), pocztą elektroniczną (e-mailem na adres konkursy@szoz.pl) lub pisemnie (zapytania prosimy kierować na adres szpitala do mgr Artura Wielgosza) do Udzielającego Zamówienie o wyjaśnienie niniejszej dokumentacji. Udzielający Zamówienie niezwłocznie udzieli odpowiedzi na każde pytanie.

Dyrektor Naczelny

Izabela Grzybowska

© SZOZnMiD w Poznaniu, 2016

ZAŁĄCZNIK NR 2

do Specyfikacji istotnych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne wszczętego Zarządzeniem Dyrekcji SZOZnMiD w Poznaniu nr DN – 021 – 3 – 11/16

PROJEKT

UMOWA Nr «NrUmowy»

o świadczenie usług medycznych z zakresu: «SPECJALNOSC»

Zawarta w dniu «DataZaw» roku w Poznaniu pomiędzy

Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem,

prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000003220, posiadającym numer NIP: 7781128565

przy ul. Krysiewicza 7/8, 61-825 Poznań, reprezentowanym przez:

Dyrektora Naczelnego – Izabelę Grzybowską

zwanym dalej "***Zleceniodawcą"***

a

«NazwaFirmy»

adres: «Adres», «KodPocztFir» «Miasto»

prowadzącym działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach, wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem ewidencyjnym: «NrRejestrowy», posiadającym numer NIP: «NIP»

zwanym dalej "***Zleceniobiorcą"***

oparta na ustawie o działalności leczniczej tekst jednolity z dnia 8 września 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.) a w szczególności art. 26 i *Kodeksie Cywilnym*, o treści następującej:

§ 1

Ilekroć w umowie będzie mowa o:

1) **Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu** rozumianym jako organizacja wraz z jej wszystkimi strukturami, infrastrukturą i lokalizacjami nazywać się go będzie „***Zespołem***".
2) „***Koordynatorze Miejsca Świadczenia Usług***" rozumieć przez to należy osobę, która koordynuje i nadzoruje całością działalności komórki organizacyjnej ***Zespołu***, w której realizowany jest przedmiot niniejszej umowy.
3) „***Pacjencie Zleceniobiorcy***" rozumieć przez to należy pacjenta na rzecz, którego ***Zleceniobiorca*** świadczy usługi medyczne w oparciu o niniejszą umowę.

§ 2

1. ***Zleceniodawca*** zleca, a ***Zleceniobiorca*** przyjmuje zlecenie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie «Specjalnosc». Szczegółowy zakres świadczeń zamieszczony jest w załączniku do niniejszej umowy zatytułowanym ***PRZEDMIOT UMOWY***.
2. Miejscem udzielania ww. świadczeń zdrowotnych jest ***Zespół***, lub w szczególnych, uwzględnionych w umowie sytuacjach w siedzibie ***Zleceniobiorcy***.

§ 3

1. Czynności, o których mowa w § 2 ***Zleceniobiorca*** wykonuje w ***Zespole***, w czasie uzgodnionym z ***Koordynatorem Miejsca Świadczenia Usług*** i według zasad określonych w załączniku zatytułowanym ***ZASADY REALIZACJI USŁUG***.
2. Szczegółowy harmonogram świadczenia usług w ramach niniejszej umowy, uzgadniany będzie przez ***Koordynatora Miejsca Świadczenia Usług*** i ***Zleceniobiorcę*** w nieprzekraczalnym terminie do 28 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc realizacji usług.
3. ***Zleceniobiorca*** zastrzega sobie prawo do jednej dłuższej przerwy w świadczeniu usług objętych umową nieprzekraczającej 14 dni kalendarzowych w roku. Dodatkowo ***Zleceniodawca*** może uzgodnić z ***Zleceniobiorcą*** większą liczbę przerw w świadczeniu usług.
4. Na czas swojej nieobecności w ***Zespole***, w terminie ustalonym zgodnie w ust. 2 ***Zleceniobiorca*** zapewni zastępstwo.
5. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 4 na ***Zleceniobiorcy*** spoczywa obowiązek wykazania przed ***Zleceniodawcą*** spełnienia przez podmiot zastępujący wszystkich wymogów przewidzianych niniejszą umową dla ***Zleceniobiorcy***.

§ 4

1. ***Zleceniobiorca*** oświadcza, iż jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2011 r - Dz.U.2011.293.1729.), kopię formularza polisy ubezpieczeniowej ***Zleceniobiorca*** zobowiązuje się dostarczyć ***Zleceniodawcy*** w terminie 14 dni od daty początku obowiązywania umowy, o którym mowa w §12 ust.1.
2. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wygasa w trakcie obowiązywania umowy ***Zleceniobiorca*** zobowiązany jest dostarczyć kopię nowej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej.
3. Niewypełnienie warunków określonych w ust. 1 nie zwalnia od odpowiedzialności strony umowy w związku z wykonywaniem treści umowy.

4. ***Zleceniobiorca*** oświadcza, iż świadczy usługi na rzecz ludności i w ramach prowadzonej działalności gospodarczej rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym.
5. ***Zleceniobiorca*** oświadcza, iż zgłosił swoją działalność w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.
6. ***Zleceniobiorca*** zobowiązany jest do wykonania na własny koszt i przedłożenia ***Zleceniodawcy***, najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usług, aktualnego zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego, iż spełnia on wymagania zdrowotne niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
7. W przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie stwierdzające, iż spełnia on wymagania zdrowotne niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych, wynikających z niniejszej umowy, wygasa w trakcie obowiązywania umowy ***Zleceniobiorca*** zobowiązany jest dostarczyć kopię nowego zaświadczenia lekarskiego na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniego.
8. ***Zleceniobiorca*** zobowiązany jest do wykonania na własny koszt i przedłożenia ***Zleceniodawcy***, najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usług, aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia i uzyskania certyfikatu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta – o ile czynności wykonywane w oparciu o niniejszą umowę wykonywane są w narażeniu na promieniowanie jonizujące .
9. W przypadku, gdy certyfikat, o którym mowa w ust. poprzedzającym w trakcie obowiązywania umowy ***Zleceniobiorca*** zobowiązany jest dostarczyć kopię nowego na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniego.

§ 5

Zleceniobiorca oświadcza, że nie ciąży nad nim wyrok Sądów Powszechnych ani sądów zawodowych, a w chwili zawierania Umowy nie toczy się przeciwko niemu żadne postępowanie przygotowawcze.

§ 6

1. ***Zleceniobiorca*** oświadcza, że:
   1) posiada stosowne kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług, o których mowa w § 2.
   2) spełnia wymogi prawem określone do prowadzenia działalności medycznej jako podmiot gospodarczy.
   3) zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej Umowy.
2. ***Zleceniobiorca*** ma obowiązek przedstawienia dokumentów potwierdzających prawdziwość oświadczeń wskazanych w ust. 1 pkt. 1 i pkt. 2 powyżej, a ich kopie zostaną dołączone do egzemplarzy umowy przeznaczonych dla ***Zleceniodawcy***.

§ 7

1. ***Zleceniobiorca*** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej według metod i zasad obowiązujących w ***Zespole***.
2. ***Zleceniobiorca*** ponosi odpowiedzialność za szkodę, jaką wyrządzi ***Zleceniodawcy*** w związku z niewłaściwym sporządzaniem dokumentacji medycznej związanej z realizowanymi przez siebie usługami.
3. Tylko prawidłowo wypełniona dokumentacja pacjenta stanowi podstawę do zapłaty za wykonane usługi.
4. Dokumentacja medyczna pacjentów przechowywana jest w ***Zespole***.
5. ***Zleceniobiorca*** zobowiązany jest do zachowania postanowień załącznika - ***ZASADY POWIERZENIA, PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH***.

§ 8

Zleceniobiorca zobowiązuje się w trakcie realizacji zamówienia do przestrzegania obowiązujących przepisów prawnych, BHP, przeciwpożarowych, ochrony radiologicznej oraz wewnętrznych regulaminów i zarządzeń, a także procedur związanych z systemem zarządzania jakością, z wyjątkiem ustaleń inaczej uregulowanych w niniejszej umowie.

§ 9

Dla realizacji Umowy ***Zespół*** zobowiązuje się do dołożenia wszelkich starań by zapewnić ***Zleceniobiorcy*** pełny i nieodpłatny dostęp do środków i aparatury niezbędnych do wykonywania niezakłóconej działalności w zakresie czynności objętych Umową.

§ 10

1. Za szkodę zawinioną powstałą z nierzetelnego wypełniania postanowień umowy ***Zleceniobiorca*** odpowiada na zasadach określonych prawem zarówno w stosunku do ***Zleceniodawcy*** jak i osób trzecich.
2. Za szkodę zawinioną powstałą z nierzetelnego wypełniania postanowień umowy ***Zleceniodawca*** odpowiada na zasadach określonych prawem zarówno w stosunku do ***Zleceniobiorcy*** jak i osób trzecich.
3. Ryzyko niezawinione lub bez określonej i udowodnionej winy którejś ze stron z wyłączeniem ust. 1 i 2 z wykonania umowy wobec osób trzecich strony ponoszą solidarnie.

§ 11

1. ***Zleceniodawca*** zastrzega sobie prawo kontroli jakości udzielanych świadczeń.
2. ***Zleceniobiorca*** zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub organ założycielski ***Zleceniodawcy*** w zakresie obejmującym realizację usług świadczonych w oparciu o niniejszą umowę.

§ 12

1. Niniejsza Umowa zawarta jest na czas określony od «DataRozp» r. do «DataZakon» r.
2. *Umowa ulega rozwiązaniu, gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze* wykonywanie Umowy.

§ 13

Umowa może być wypowiedziana przez ***Zleceniodawcę*** ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

1) Naruszenia przez ***Zleceniobiorcę*** podstawowych warunków Umowy,
2) Popełnienia przez ***Zleceniobiorcę*** w czasie trwania Umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalszą realizację Umowy, jeżeli zostało ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem,
3) Utraty przez ***Zleceniobiorcę*** uprawnień koniecznych dla realizacji Umowy.

§ 14

Strony mogą rozwiązać Umowę, przed upływem terminu określonego w § 12 ust. 1, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 15

1. ***Zleceniodawca*** będzie dokonywać zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone przez ***Zleceniobiorcę***, z zachowaniem należytej jakości, według cennika zawartego w załączniku do Umowy zatytułowanym: ***CENNIK USŁUG***.

2. ***Zleceniobiorca*** otrzymuje należność z tytułu realizacji przedmiotu Umowy według przedstawionego co miesiąc rachunku/faktury za miesiąc poprzedni – dostarczonego w terminie do 12 dnia miesiąca następnego, po zrealizowaniu wszystkich usług rozliczanego okresu.
3. Okresem rozliczeniowym dla niniejszej umowy, za który ***Zleceniobiorca*** wystawia rachunek/fakturę, jest miesiąc kalendarzowy.
4. Kolejne okresy rozliczeniowe winny być rozliczane odrębnymi rachunkami/fakturami.
5. ***Zleceniodawca*** dopuszcza możliwość wystawienia i dostarczenia rachunku/faktury przez ***Zleceniobiorcę*** przed zakończeniem miesiąca rozliczeniowego, w którym usługi zostały zrealizowane, jeżeli świadczenie usług w tym miesiącu zostało zakończone.
6. Należności realizowane w oparciu o ust. 2 będą regulowane przelewem na konto ***Zleceniobiorcy,*** w terminie do 7 dni od momentu przedłożenia ***Zleceniodawcy*** rachunku/faktury, wraz z dołączonymi ***WYKAZAMI WYKONANYCH USŁUG***, według wzorów/-u stanowiących załączniki do Umowy na wskazane przez ***Zleceniobiorcę*** konto.
7. W przypadku przekroczenia przez ***Zleceniobiorcę*** terminu, o którym mowa w ust. 2, ***Zleceniodawcę*** przestaje obowiązywać termin 7 dni od daty złożenia rachunku/faktury u Zleceniodawcy na realizację rachunku/faktury i w jego miejsce obowiązywać będzie termin 60 dniowy z zachowaniem zasady dokonywania płatności w ostatnich dniach przysługującego ***Zleceniodawcy*** terminu.
8. W razie zwłoki w uiszczeniu przez ***Zleceniodawcę*** kwot należności wynikających z umowy, ***Zleceniobiorcy*** przysługują odsetki w wysokości ustawowej.

§ 16

Żadna ze stron nie może ujawnić treści niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody obu stron.

§ 17

Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 18

W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową stosuje się przepisy *Kodeksu Cywilnego*.

§ 19

Spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy rzeczowo dla siedziby ***Zleceniodawcy***.

§ 20

Integralną część umowy stanowią załączniki:

1) PRZEDMIOT UMOWY,
2) ZASADY REALIZACJI USŁUG,
3) ZASADY POWIERZENIA, PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH,
4) CENNIK USŁUG,
5) WZÓR/-Y WYKAZU WYKONANYCH USŁUG.

§ 21

Umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Zleceniodawca ***Zleceniobiorca***

Leonard Cyrson
ADWOKAT

PRZEDMIOT UMOWY

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych zawartej pomiędzy: SZOZnMiD w Poznaniu a «NazwaFirmy»

Zakres świadczeń udzielanych Pacjentowi Zleceniobiorcy w ramach Umowy Nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych z zakresu «Specjalnosc»:

1. Wykonanie wszystkich czynności fachowych związanych z działalnością ***Zespołu*** w zakresie «Specjalnosc» na terenie ***Zespołu***.
2. Znajomość i stosowanie zasad przyjmowania ***Pacjenta Zespołu*** do leczenia zgodnie z regułami ustalonymi przez ***Zespół***.
3. Wybór i uzgodnienie z pacjentem właściwej metody leczenia.
4. Znajomość historii choroby pacjenta ***Zleceniobiorcy***, nad którym sprawuje opiekę.
5. Dokonywanie wpisów do dokumentacji pacjenta ***Zleceniobiorcy*** zgodnie z zasadami obowiązującymi w ***Zespole*** oraz obowiązującymi przepisami prawa.
6. Przygotowywanie dokumentów koniecznych do rozliczenia leczenia ***Pacjenta Zespołu*** z Narodowym Funduszem Zdrowia.
7. Niezbędny nadzór nad stanem zdrowia pacjenta ***Zleceniobiorcy*** w trakcie jego pobytu w ***Zespole***.
8. Wykonywanie niezbędnych czynności medycznych ***Pacjentowi Zleceniobiorcy***.
9. Kontrola stanu zdrowia ***Pacjenta Zleceniobiorcy***.
10. Udział w koordynacji działań służb medycznych i administracyjnych ***Zespołu*** w celu zoptymalizowania jakości procesu leczniczego pacjenta ***Zleceniobiorcy***.
11. Wykonywanie czynności leczniczych zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Zleceniodawca **Zleceniobiorca**

Leonard Cyrson

ADWOKAT

ZASADY REALIZACJI USŁUG

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych
zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu a
«NazwaFirmy»

Strony postanawiają wprowadzić następujące zasady szczegółowe:

Zasady ogólne:

1) Ilość realizowanych w ramach niniejszej umowy usług, za wykonanie których ***Zleceniodawca*** zobowiązuje się zapłacić ***Zleceniobiorcy***, może być ograniczona limitami - w przypadku ustalenia limitów umowa zawiera dodatkowy załącznik zatytułowany WYKAZ LIMITÓW,
2) ***Zleceniobiorca*** zobowiązuje się uzgadniać czynności wykonywane na podstawie niniejszej umowy z ***Koordynatorem Miejsca Świadczenia Usług***,
3) Usługi, których realizacja odbywa się w ostatnim dniu danego miesiąca i w sposób nieprzerwany kontynuowana jest w pierwszym dniu miesiąca następnego zaliczyć należy do miesiąca, w którym ich realizacja została rozpoczęta,
4) Usługi, o których mowa w pkt. 3) wchodzą w limit miesiąca, do którego zostały zaliczone,

Zleceniodawca **Zleceniobiorca**

Leonard Cyrson
ADWOKAT

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych
zawartej pomiędzy:
SZOZnMiD w Poznaniu
a
«NazwaFirmy»

Wzór

.....
(pieczęć i podpis Zleceniobiorcy)

Wykaz wykonanych usług w miesiącu .....

*Dni miesiąca**	*Miejsce wykonanych czynności*	*Godz. świadczenia usług (od-do)*	*Liczba godzin świadczenia usług*
1	2	3	4
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			

*) soboty, niedziele i inne dni świąteczne wyróżnić kolorem czerwonym

Liczba godzin świadczenia usług - .....

Zatwierdzam

.....
(podpis i pieczęć Koordynatora Miejsca Świadczenia Usług)

Zleceniodawca **Zleceniobiorca**

Leonard Cyrson
ADWOKAT

ZASADY POWIERZENIA, PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

załącznik do umowy nr «NrUmowy» o świadczenie usług medycznych zawartej pomiędzy: SZOZnMiD w Poznaniu a «NazwaFirmy»

Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych

§1

Powierzenie przetwarzania danych osobowych

Strony postanawiają, że w celu spełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, a w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą", Zleceniodawca będący Administratorem Danych Osobowych powierza Zleceniobiorcy do przetwarzania dane osobowe w zakresie wynikającym z realizacji Umowy, znajdujące się w zbiorach danych tj. dokumentacji medycznej Pacjenta Zleceniobiorcy w zakresie: imię i nazwisko, PESEL, data urodzenia, rozpoznane choroby, wyniki badań diagnostycznych, przebieg leczenia.

§2

Oświadczenia Stron

1. Zleceniodawca oświadcza, że jest Administratorem Danych Osobowych w rozumieniu Ustawy w szczególności danych powierzonych do przetwarzania na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy.
2. Zleceniodawca oświadcza, że powierzone Zleceniobiorcy do przetwarzania dane osobowe przetwarza na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że zobowiązuje się do wykorzystania danych osobowych wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji obowiązków wynikających z łączącej Strony Umowy.

§3

Zakres i cel przetwarzania danych

Powierzone przez Zleceniodawcę dane osobowe będą przetwarzane przez Zleceniobiorcę wyłącznie w celu wykonywania przez Zleceniobiorcę na rzecz Zleceniodawcy usług szczegółowo opisanych w niniejszej Umowie i w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu Umowy.

§4

Sposób wykonania Umowy w zakresie przetwarzania danych osobowych

1. Zleceniobiorca oświadcza, że zobowiązuje się przetwarzać powierzone do przetwarzania dane osobowe wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do realizacji postanowień Umowy oraz zgodnie z Ustawą oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą. W szczególności Zleceniobiorca zobowiązuje się, przy przetwarzaniu danych osobowych do ich zabezpieczenia poprzez podjęcie środków technicznych i organizacyjnych, przewidzianych w Ustawie oraz obowiązujących do niej aktów wykonawczych oraz innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją niniejszej Umowy. Do zachowania tajemnicy zobowiązany jest również po śmierci pacjenta.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się nie powierzać powierzonych mu do przetwarzania danych osobowych podmiotom trzecim bez pisemnej zgody Zleceniodawcy.

4. Zleceniobiorca obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić Zleceniodawcę na piśmie, o:

   1) każdym nieupoważnionym dostępie do danych osobowych,

   2) każdym żądaniu otrzymanym od osoby, której dane przetwarza, powstrzymując się jednocześnie od odpowiedzi na żądanie.

§5
Prawo kontroli

1. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo kontroli właściwego przetwarzania przez Zleceniobiorcę powierzonych danych osobowych, pod względem zgodności przetwarzania z niniejszą Umową oraz zgodności przetwarzania danych z przepisami prawa powszechnie obowiązującego. Zleceniodawca zobowiązuje się poinformować Zleceniobiorcę 2 dni przed rozpoczęciem kontroli o planowanym, terminie sprawdzenia poprawności prowadzenia dokumentacji medycznej i przetwarzania danych osobowych.

2. Z czynności kontrolnych przedstawiciel Zleceniodawcy sporządza się protokół, który podpisują i otrzymują przedstawiciele obu Stron. Zleceniobiorca może wnieść zastrzeżenia do protokołu w ciągu 5 dni roboczych od daty jego podpisania przez Strony.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się dostosować do zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie uchybień i poprawę bezpieczeństwa przetwarzania powierzonych danych osobowych.

4. Niezależnie od uprawnień wskazanych w ust. 1-3 niniejszego paragrafu, Zleceniobiorca na każdy pisemny wniosek Zleceniodawcy zobowiązany jest do udzielenia pisemnej informacji dotyczących przetwarzania powierzonych mu danych osobowych w terminie 14 dni, od dnia otrzymania wniosku Zleceniodawcy.

5. Zleceniobiorca obowiązany jest do informowania Zleceniodawcy o incydentach naruszających bezpieczeństwo powierzonych do przetwarzania zgodnie z umową, danych osobowych.

§6
Odpowiedzialność Zleceniobiorcy

1. Każda ze Stron odpowiada za szkody wyrządzone drugiej Stronie oraz osobom trzecim w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, w szczególności zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego, przepisami Ustawy oraz zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy.

2. W celu uniknięcia wątpliwości Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za własne działania i zaniechania.

3. Zleceniobiorca jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z niniejszą Umową, a w szczególności za udostępnienie osobom nieupoważnionym.

4. W przypadku naruszenia przepisów Ustawy lub niniejszej Umowy z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, w następstwie, czego Zleceniodawca, jako administrator danych osobowych zostanie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zostanie ukarany karą grzywny, Zleceniobiorca zobowiązuje się pokryć Zleceniodawcy poniesione z tego tytułu straty i koszty.

§7

Postanowienia końcowe

1. W każdym przypadku zakończenia współpracy, Zleceniobiorca niezwłocznie zobowiązany jest zwrócić i usunąć wszelkie dane osobowe, których przetwarzanie zostało mu powierzone, w tym skutecznie usunąć je również z nośników elektronicznych pozostających w jego dyspozycji i potwierdzić powyższe przekazanym Zleceniodawcy protokołem. Przed wykasowaniem danych, Zleceniobiorca obowiązany jest przekazać dokumentację medyczną, która zgodnie z obowiązującymi przepisami podlega archiwizacji (przez okres 20 lat, lub 22 lat w przypadku dzieci poniżej 2 roku życia, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu) , Zleceniodawcy, w ustalonej formie. Powyższe zobowiązania dotyczą również osób trzecich, o których mowa w §4 ust. 7, którym Zleceniobiorca powierzył przetwarzanie danych za zgodą Zleceniodawcy.
2. Realizacja powyższych postanowień nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych w szczególności w zakresie zapewnienia bez zbędnej zwłoki dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Zleceniodawca ***Zleceniobiorca***

Leonard Cyrson

ADWOKAT