

**Znak sprawy: 7/2023/KO**

**SZCZEGÓŁOWE  
WARUNKI KONKURSU OFERT  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

***CPV 85121200 - 5 specjalistyczne usługi medyczne***

*Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.2219 z dnia 28.11.2018r.), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.399 z dnia 28.02.2019r.)*

Zatwierdzam 10.02.2023r.

*Członek Zarządu*

/-/ Marcin Danił

*Prezes Zarządu*

/-/ Michał Stelmański

## **I. Podstawowe zasady przeprowadzania Konkursu Ofert.**

1. Oferta skierowana jest do podmiotów dysponujących osobami o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w zakresie objętym postępowaniem konkursowym.
2. Korespondencja dotycząca Konkursu powinna być kierowana przez Oferenta na adres:  
Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz, 05-462 Wiązowna i oznaczona nr sprawy 7/2023/KO.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert.
4. O odwołaniu konkursu i przesunięciu terminu otwarcia ofert Udzielający zamówienia poinformuje oferentów zawiadomieniem umieszczonym na stronie internetowej [www.centrumzagorze.pl](http://www.centrumzagorze.pl) i tablicy ogłoszeń.
5. Udzielający zamówienia zezwala na składanie ofert częściowych.

## **II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

### **Część 1**

Świadczenie usług przez lekarza psychiatrę/ psychiatrę dzieci i młodzieży w Poradni Zdrowia Psychicznego w Józefowie ul.3 Maja 127 w max. wymiarze do 32 świadczeń miesięcznie.

Zakres świadczeń:

- a- Porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna (czas trwania 50-70 min.)  
max. 16 porad/świadczeń miesięcznie.
- b- Porada lekarska kolejna (czas trwania 25-30 minut) max. 16 porad/świadczeń miesięcznie.

Czas trwania zamówienia od dnia podpisania umowy (02.2023r.) do 31 stycznia 2025r.

### **Część 2**

Świadczenie usług psychologicznych – porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, w max. ilości 40 świadczeń miesięcznie w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Józefowie ul.3 Maja 127. Czas trwania zamówienia: od dnia podpisania umowy (02.2023r.) do dnia 31.01.2025r.

Usługi będą realizowane **zgodnie z aktualnymi potrzebami Udzielającego zamówienia.**

Zasady współpracy określone zostały we wzorze umowy, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszych warunków konkursu.

## **III. Obowiązki Oferenta i sposób przygotowania oferty.**

Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.

Oferta powinna być złożona w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi dokumentami i załącznikami wymienionymi w rozdziale IV, dokumentami, na formularzu oferty wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do SWKO.

Oferta oraz wszystkie dokumenty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.

Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta. Poprawki mogą być dokonywane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok zapisu poprawnego.

Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub zamiarze wycofania oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.

Ofertę z wprowadzonymi zmianami oznacza się dopiskiem – Zmiana oferty – i składa zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert.

Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

.....  
(Dane składającego ofertę)

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nr. spr. 7/2023/KO**

**Nie otwierać przed 15.02.2023r. godz.10:10**

**Część 1,2      proszę zaznaczyć odpowiednią część**

i dostarczyć do siedziby Zamawiającego - Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz, 05-462 Wiązowna, Sekretariat, (II p.pokój 54) Budynek Zespołu Szkół Specjalnych do dnia **15.02.2023r. godz.10:10.**

W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do uzupełnienia dokumentów w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Jeżeli oferta wpłynie do siedziby Udzielającego zamówienia po terminie otwarcia ofert, zostanie zwrócona bez otwierania oferentowi.

#### **IV. Oferta winna zawierać.**

Formularz oferty, oraz część szczegółową – zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych warunków.

Kopię aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia i dostarczenia kopii najpóźniej w przededniu podpisania umowy na świadczenia zdrowotne.

#### **Ponadto wymagane są kopie następujących dokumentów:**

##### w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:

decyzję o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych,

aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego wystawiony nie wcześniej

niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, oraz dokumenty potwierdzające ich kwalifikacje zawodowe ( pkt.b),

polisa O.C.

##### b)indywidualnych lub grupowych praktyk/w przypadku oferentów prowadzących działalność

##### gospodarczą:

-aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej strona [www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl). /aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

#### **Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe**

Część 1

-dyplom lekarza,

- dyplom lekarza specjalisty –psychiatra/psychiatra dzieci i młodzieży,

- prawo wykonywania zawodu,

-dokument stwierdzający wpis do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich prowadzony przez właściwą Izbę Lekarską,/ zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej.

Część 2 -dyplom ukończenia szkoły wyższej – psychologia,

#### **- polisa O.C.**

W przypadku braku polisy OC na dzień składania ofert, należy dołączyć zobowiązanie z którego treści będzie wynikało, że Przyjmujący zamówienie ubezpieczy się na sumę gwarantowaną zgodnie Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie

zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i dostarczy kserokopię najpóźniej w dniu podpisania umowy.

**Uwaga:** dowodami w zakresie dokumentowania doświadczenia zawodowego są: referencje/ poświadczenie, oświadczenie – jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze przyjmujący zamówienie nie jest w stanie uzyskać poświadczenia. **W przypadku doświadczenia nabytego u Udzielającego zamówienia dopuszcza się złożenie Oświadczenia.**

Wymienione wyżej dokumenty (z wyjątkiem formularza oferty) należy dołączyć w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.

## **V. Kryterium oceny ofert**

1. Kryterium oceny ofert: 100% cena.

Oferty będą ocenione na podstawie kryterium ceny w następujący sposób:

### **Cena brutto oferty - waga 100 %**

W ramach przedstawionego wyżej kryterium, Wykonawcy będą przyznawane punkty w skali od 0 do 100.

Wszystkie obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

**Ocena ofert dokonywana będzie według następującego wzoru :**

$W_x = (C_{min} : C_x) \times 100 \times \text{waga kryterium}$ , gdzie:

$W_x$  - ilość punktów przyznanych ofercie ,

$C_{min}$  - cena minimalna ( z VAT ) zaoferowana w konkursie lub w części,

$C_x$  - cena ( z VAT ) podana przez Wykonawcę dla którego wynik jest obliczany.

2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów.

## **VI. Miejsce i termin składania ofert.**

Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć/przesłać w Sekretariacie (II p. pokój 54) **Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz k/W-wy, 05-462 Wiązowna**, (Budynek Zespołu Szkół Specjalnych) lub przesłać pocztą na w/w adres do dnia **15 lutego 2023r. godz.10:00.**

Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli wpłynie ona do siedziby Udzielającego zamówienie przed upływem terminu składania ofert.

## **VII. Miejsce i termin otwarcia ofert.**

Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zagórz, gm. Wiązowna, Sekcja Zamówień Publicznych, Budynek D w dniu **15 lutego 2023r godz.10:10.**

Do chwili otwarcia ofert, Udzielający zamówienia przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.

Komisja Konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału Oferentów.

Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu

i jego wyniku na piśmie.

**Uwaga: Oferta zostanie przyjęta pod warunkiem pozytywnej weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle Seksualnym.**

## **VIII. Termin związania ofertą.**

1. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni.

2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert

## **IX. Udzielanie wyjaśnień.**

Oferent może zwracać się do Udzielającego zamówienie o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty.

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

w sprawach merytorycznych:

Kierownik Poradni mgr Marcin Flak, e-mail: marcin.flak@centrumzagorze

W sprawach formalnych: mgr Hanna Gadoś tel. 22 468 24 53,

w godzinach: od poniedziałku do piątku w godz. od 7:30 14:30.

## **XI. Środki odwoławcze przysługujące Oferentom.**

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.

Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.

Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.

W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Udzielającego zamówienia, w terminie 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 od dnia jego otrzymania.

Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

Środki odwoławcze nie przysługują na:

- 1) wybór trybu postępowania;
- 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
- 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## **XII. Zawarcie umowy.**

Oferent, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o miejscu i terminie podpisania umowy.

Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

XIII. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

## **KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy wypełniając obowiązki informacyjne towarzyszące zbieraniu danych osobowych określone w art. 13 oraz art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r. zwane dalej rozporządzeniem, w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych (przedsiębiorców), osób fizycznych reprezentujących podmiot biorący udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia, w tym w rozeznaniu rynku oraz osób fizycznych wskazanych przez ten podmiot jako osoby do kontaktu, osoby wskazane w ofercie oraz osoby odpowiedzialne za wykonywanie czynności w ramach prowadzonego postępowania i udzielenia zamówienia, podaje następujące informacje:

1.Administratorem jest Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna.

2.Dane kontaktowe w sprawach dotyczących danych osobowych: e-mail: [iod@centrumzagorze.pl](mailto:iod@centrumzagorze.pl)  
adres do korespondencji: Inspektor Danych Osobowych Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna.

3.Dane osobowe przetwarzane będą w celu (celach) niezbędnym do wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na administratorze, polegających na:

-przeprowadzeniu postępowania i udzieleniu zamówienia poprzez zawarcie umowy, realizacji zawartej umowy; obsługi wynagrodzenia i innych świadczeń; ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; sprawozdawczych, statystycznych, archiwalnych oraz innych wynikających obowiązujących przepisów prawa.

Kategoria przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe - imię, nazwisko, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu/faksu, służbowy adres email, a także dane identyfikujące wykonawcę biorącego udział w prowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia, tj. nazwę wykonawcy, siedzibę i adres wykonawcy, REGON, NIP, PESEL, adres zamieszkania, adres strony internetowej - jeżeli dane te zostały przez wykonawcę podane Mazowieckiemu Centrum

Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia (w szczególności w formularzu ofertowym dla potrzeb rozeznania rynku).

Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych: art. 6 ust. 1 lit. b, c, f rozporządzenia.

4.Odbiorcami danych osobowych będą podmioty:

- 1)upoważnione na podstawie decyzji administracyjnych, orzeczeń sądowych, tytułów wykonawczych;
- 2)którym przekazanie danych osobowych następuje na podstawie wniosku lub zgody;
- 3)którym administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych;
- 4)inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

5.Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana lub postępowanie o udzielenie zamówienia zostało zakończone bez zawarcia umowy, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np.: z uwagi na obowiązki archiwizacyjne, dochodzenie roszczeń lub inny obowiązek wymagany przez przepisy prawa powszechnie obowiązujące.

6.Osoba, od której zbierane są jej dane osobowe ma prawo do:

- 1)dostępu do swoich danych osobowych;
- 2) sprostowania swoich danych osobowych ;
- 3)ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych ;
- 4)wniesienia skargi do organu nadzorczego.

7.W stosunku do podanych danych nie przysługuje:

- 1)w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e rozporządzenia prawo do usunięcia danych osobowych,
- 2)prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 rozporządzenia,
- 3)na podstawie art. 21 rozporządzenia prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c rozporządzenia.

8.Podstawą przetwarzania danych jest prowadzenie postępowania lub wykonywanie umowy a także wymogi ustawowe.

9.Podanie danych osobowych, o których mowa w niniejszym piśmie, jest wymagane do przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia i zawarcia umowy. Wniesienie żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych skutkuje obowiązkiem po stronie przedsiębiorcy niezwłocznego wskazania innej osoby w miejsce osoby żądającej ograniczenia przetwarzania jej danych osobowych.

10.Dane osobowe będą przetwarzane w formie papierowej i przy wykorzystaniu systemów informatycznych oraz chronione będą zgodnie z wymogami rozporządzenia.

11.Dane osobowe nie będą:

- 1)profilowane;
- 2)przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

12. W przypadku udostępnienia do Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna przez podmiot biorący udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia, będący adresatem niniejszego pisma, danych osobowych swoich pracowników, pełnomocników, członków zarządu, wspólników, współpracowników, kontrahentów, dostawców, beneficjentów rzeczywistych lub innych osób, Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna prosi o poinformowanie tych osób:

- 1) o zakresie danych osobowych dotyczących tych osób, a przekazanych Mazowieckiemu Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna,
- 2) o tym, że Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna jest administratorem ich danych osobowych oraz że przetwarza ich dane osobowe na zasadach określonych powyżej,
- 3) o tym, że ww. Podmiot jest źródłem, od którego Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna pozyskał ich dane.

Powyższych informacji nie podaje się ponownie, jeżeli osoba od której zbierane są dane osobowe dysponuje już tymi informacjami.

#### **Załączniki :**

\_Formularz ofertowy ,

-Projekt umowy Sporządziła:*H.Gadoś*

.....  
(pieczęć oferenta)

**Formularz ofertowy  
Spr. 7/2023/KO**

<b>I DANE OFERENTA</b>
Nazwa praktyki /Imię i nazwisko ..... .....
Imiona rodziców..... nazwisko rodowe .....
NIP..... REGON .....PESEL.....
Adres .....
Kontakt(nr.telef, e-mail).....
1.Dokument uprawniający do wykonywania zawodu..... (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię (jeżeli dotyczy) )
2. Specjalizacja (jeżeli dotyczy).....
Dodatkowe kwalifikacje: .....
<b>II. OŚWIADCZENIE</b> Oświadczam, że: 1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na usługi medyczne oraz z materiałami konkursowymi i przyjmuję je bez zastrzeżeń, 2. Zapoznałam/em się projektem Umowy – Kontraktu zobowiązuje się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach, 3. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy. 4. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art.14 RODO wobec osób fizycznych od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskane w celu przedstawienia niniejszej oferty* (jeżeli dotyczy) 5. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej przetwarzaniu danych osobowych. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o przysługujących mi prawach wynikających z art. 13 ust. 4 RODO we związku z pozyskaniem, przetwarzaniem i przechowywaniem przez Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu moich danych osobowych.
..... (czytelny podpis oferenta)

II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

Część 1

1. Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń

.....  
.....

*proszę określić rodzaj świadczenia)*

W

.....  
.....

*(miejsce udzielania świadczeń)*

w czasie: od ..... do .....

**Porada lekarska diagnostyczna/terapeutyczna**

ilość godz./świadczeń m-c.....

wynagrodzenie za 1 godz/świadczenie .....zł. brutto.

Słownie:.....zł. brutto.

\*Wartość zamówienia ( wynagr. za 1 poradę/świadczenie x ilość porad/świadczeń x ilość m-cy)=  
.....zł. brutto.

Słownie.....  
.....zł. brutto

**Porada lekarska kolejna**

ilość porad/świadczeń m-c.....

wynagrodzenie za 1 poradę/świadczenie .....zł. brutto.

Słownie:.....zł. brutto.

\*Wartość zamówienia ( wynagr. za 1 poradę/świadczenie x ilość porad/świadczeń x ilość m-cy)=  
.....zł. brutto.

Słownie.....  
.....zł. brutto

.....  
( czytelny podpis/podpis i pieczęć oferenta)

**Do wyliczenia wartości zamówienia przyjęto ilości szacunkowe, które mogą ulec zmianie i nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń.**



## 1. Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń

.....  
.....  
.....  
*proszę określić rodzaj świadczenia)*

W

.....  
.....  
.....  
*(miejsce udzielania świadczeń)*

w czasie: od ..... do .....

ilość godz./świadczeń m-c.....

wynagrodzenie za 1 godz./świadczenie .....zł. brutto.

Słownie:.....zł. brutto.

\*Wartość zamówienia ( wynagr. za 1 godz./świadczenie x ilość godz./świadczeń x ilość m-cy)=  
.....zł. brutto.

Słownie.....  
.....zł. brutto

.....  
( czytelny podpis/podpis i pieczęć oferenta)

**Do wyliczenia wartości zamówienia przyjęto ilości szacunkowe, które mogą ulec zmianie i nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń.**

**UMOWA (projekt) nr ..... /ZP  
NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu ..... w Zagórz w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy:

Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz, 05-462 Wiązowna, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st.W-wy, XIV Wydz. Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego w Warszawie pod nr KRS 0000336643, NIP 532-20-02-036, REGON 142011670, reprezentowana przez:

.....

zwaną dalej Udzielającym zamówienia, a

....., prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą ....., wpisaną do rejestru Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej, NIP ....., REGON ....., zwanym dalej Przyjmującym zamówienie.

**§ 1**

1. Udzielający zamówienie powierza, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje do wykonania udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .....  
w ilości .....wynikającej z bieżących potrzeb Udzielającego zamówienie – zwanych w treści umowy „świadczeniami” .
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, będą obejmowały w szczególności:  
.....
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż świadczenia określone w ust.1, udzielane będą osobiście.
4. Udzielający zamówienie może zlecić - Przyjmującemu zamówienie - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową w innych niż określony w ust. 1 jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia.
5. Udzielający zamówienia w przypadkach uzasadnionych jego ważnym interesem może zlecić Przyjmującemu zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze większym niż wskazany w ust 1 § 1. W takim wypadku wymiar udzielanych świadczeń zdrowotnych w kolejnych miesiącach zostanie zmniejszony o liczbę wykorzystanych wcześniej godzin, a w przypadku braku możliwości zmniejszenia liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych umowa ulegnie wcześniejszemu rozwiązaniu po wypłaceniu całego szacunkowego wynagrodzenia określonego w § 10 ust.2 umowy

**§ 2**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie i zobowiązuje się na żądanie Udzielającego zamówienie do przedstawienia oryginałów dokumentów potwierdzających w/w kwalifikacje.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym niniejszą umową, nieprzerwanie przez cały okres jej obowiązywania.
3. Nie stanowi naruszenia warunków umowy nie udzielanie świadczeń w przypadku niezdolności do ich wykonywania spowodowanej chorobą, potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim, o ile Przyjmujący zamówienie niezwłocznie o tym fakcie powiadomi Udzielającego zamówienia.

### § 3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w ilości odpowiadającej potrzebom Udzielającego zamówienie w dniach i godzinach ustalonych przez Udzielającego zamówienie, zgodnie z miesięcznym harmonogramem, sporządzonym przez osobę pisemnie upoważnioną przez Udzielającego zamówienie, najpóźniej na 5 dni przed zakończeniem miesiąca kalendarzowego na miesiąc następny. W uzasadnionych przypadkach, najpóźniej na jeden dzień przed rozpoczęciem wykonywania świadczeń w danym dniu Udzielający zamówienie może zmodyfikować harmonogram na ten dzień.
2. Harmonogram podlega zatwierdzeniu przez osobę upoważnioną przez Udzielającego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych w kolejnym miesiącu może zgłosić na piśmie uwagi do przedstawionego mu harmonogramu. W takiej sytuacji Strony wspólnie ustalają harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych.

### § 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, oraz ze szczególną starannością, umiejętnościami zawodowymi i standardami postępowania obowiązującymi u Udzielającego zamówienie oraz obowiązującymi przepisami prawa, a także zgodnie z wymaganiami i warunkami określonymi przez NFZ dla świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy, Regulaminem Organizacyjnym i innymi przepisami obowiązującymi u Udzielającego zamówienie oraz przestrzegania ustalonej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w szczególności do:
  - 1) przebywania w miejscu udzielania świadczeń w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia- miejscem wykonywania świadczeń jest.....
  - 2) przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
  - 3) przestrzegania wymogów dotyczących trybu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Udzielającego zamówienie,
  - 4) przestrzegania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych wynikających z rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 15 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
  - 5) przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez Udzielającego zamówienie z NFZ,
  - 6) należytej dbałości o aparaturę i sprzęt medyczny oraz inne przedmioty wyposażenia będące własnością Udzielającego zamówienie,
  - 7) udostępniania dokumentacji medycznej osobom trzecim zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - 8) zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem świadczeń określonych w niniejszej umowie.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w trakcie realizacji umowy przestrzegać obowiązujących przepisów i zasad BHP oraz przepisów przeciwpożarowych, a także regulaminów wewnętrznych, zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych, wydanych przez Udzielającego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zaopatrzy się w odzież i obuwie ochronne.
5. Przyjmujący zamówienie dokonuje samodzielnie i na własny koszt finansowania szczepień ekspozycyjnych, które stwarzają ryzyko zakażenia.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązania wobec Urzędu Skarbowego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, z tytułu niniejszej umowy rozlicza i finansuje samodzielnie.

### § 5

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą w pomieszczeniach użytkowanych przez Udzielającego zamówienie.

2. Udzielający zamówienia oświadcza, że sprzęt i aparatura medyczna spełniają wymagania niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz aparatury i sprzętu medycznego, a także innych przedmiotów wyposażenia będących własnością Udzielającego zamówienia zgodnie z ich przeznaczeniem i wyłącznie w celach określonych w niniejszej umowie.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zgłaszać Udzielającemu zamówienie informacje o jakiegokolwiek niesprawności sprzętu, aparatury medycznej i urządzeń, które mogłyby spowodować ujemne następstwa u pacjentów w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
5. W przypadku powstania po stronie Udzielającego zamówienia szkody w wyniku skutków uszkodzenia lub zniszczenia pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz innych przedmiotów wyposażenia należących do Udzielającego zamówienie z winy Przyjmującego zamówienie, ponosi on koszty powstałych strat do ich pełnej wysokości w rozmiarach rzeczywistej szkody.

## § 6

Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do współpracy z personelem medycznym wykonującym świadczenia opieki zdrowotnej u Udzielającego zamówienie.

## § 7

1. W czasie wykonywania świadczeń, o których mowa w § 1, Przyjmujący zamówienie nie może prowadzić działalności konkurencyjnej wobec działalności Udzielającego zamówienia oraz działalności wykraczającej poza zakres niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie nie może wykorzystywać bazy lokalowej, pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz innych przedmiotów wyposażenia, a także leków i materiałów opatrunkowych oraz środków transportu Udzielającego zamówienia na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, chyba, że są to świadczenia na rzecz Udzielającego zamówienia i przez Udzielającego zamówienia pobierana jest opłata.

## § 8

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli dokonywanej przez Udzielającego zamówienia oraz inne uprawnione organy i podmioty, a także do udostępnienia wszelkich danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzanej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienie z oddziałem Funduszu.

## § 9

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z udzielanych świadczeń zdrowotnych według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust.1 składane jest w terminie do trzeciego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Sprawozdanie, po weryfikacji przepracowanych godzin zatwierdza ..... lub osoba przez niego upoważniona.

## § 10

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne Udzielający zamówienie zapłaci Przyjmującemu zamówienie z tytułu wykonania niniejszej umowy wynagrodzenie miesięczne stanowiące ..... słownie: .....) brutto.
2. Szacunkowe wynagrodzenie brutto w okresie obowiązywania umowy nie może przekroczyć kwoty ..... zł. (słownie: .....).
3. Wynagrodzenie o którym mowa w ust.1 nastąpi przelewem na rachunek bankowy wskazany

na fakturze w terminie 30 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu kompletnych dokumentów rozliczeniowych.

4. Strony za dzień zapłaty wskazują dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
5. Wpłata wynagrodzenia w terminach innych, niż określone w ust. 3, wynikająca ze zwłoki lub opóźnienia w przekazywaniu należności przez NFZ nie rodzi po stronie Przyjmującego zamówienie roszczeń wynikających ze zwłoki lub opóźnienia w wypłacie wynagrodzenia, a w szczególności do żądania odsetek.

#### § 11

1. W przypadku braku możliwości wykonywania przedmiotu umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, Udzielający Zamówienie ma prawo do naliczenia kary umownej w wysokości 2 % szacunkowego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 10 ust.2 za każdy dzień niewykonywania przedmiotu umowy.
2. W przypadku odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze Stron z przyczyn leżących po drugiej Stronie, ta ostatnia zapłaci karę umowną w wysokości 10 % szacunkowego wynagrodzenia brutto o którym mowa w § 10 ust.2.
3. Zapłacenie kar umownych nie pozbawia Stron możliwości dochodzenia odszkodowania przewyższającego kary umowne, na zasadach ogólnych.

#### § 12

Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:

- 1) niewykonania lub nienależytego wykonania świadczenia zdrowotnego;
- 2) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym;
- 3) braku realizacji zaleceń pokontrolnych.

#### § 13

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do punktualnego stawiania się w miejscu wykonywania świadczeń.
2. W przypadku doznania szkody w wyniku spóźnienia, Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania na podstawie odrębnych przepisów.

#### § 14

1. Przyjmujący zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienie przenieść obowiązków wykonywania świadczeń, objętych niniejszą umową na osobę trzecią.
2. W uzasadnionych przypadkach (np. choroba, zdarzenia losowe i innych odpowiednio udokumentowanych) Przyjmujący zamówienie po uzyskaniu pisemnej akceptacji Udzielającego zamówienia może powierzyć obowiązki wynikające z niniejszej umowy osobie trzeciej o równorzędnych kwalifikacjach i doświadczeniu, po uprzedniej akceptacji Udzielającego zamówienie.
3. Osoby, na które Przyjmujący zamówienie przeniósł obowiązki będące przedmiotem niniejszej umowy, powinny posiadać odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami.

#### § 15

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na podstawie odrębnych przepisów za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszej umowy, na kwotę gwarantowaną zgodną z obowiązującymi przepisami, na dowód czego składa kserokopię polisy ubezpieczeniowej, która stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, objętych niniejszą umową, w szczególności obejmuje odpowiedzialność z tytułu zakażenia chorobami zakaźnymi, w tym HIV i WZW.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przez cały okres trwania niniejszej umowy utrzymywać sumę gwarancyjną oraz wartość ubezpieczenia nie niższą niż w dniu zawarcia niniejszej umowy.

#### § 16

1. Umowa została zawarta na czas określony od dnia ..... do dnia .....f.
2. Umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem Stron.
3. Udzielający zamówienie może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w każdym czasie jeżeli jej dalsza realizacja nie leży w interesie Udzielającego zamówienia.
4. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w każdym czasie jeżeli Przyjmujący zamówienie dopuścił się naruszenia postanowień umowy.
5. Udzielający zamówienie uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy w przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez Udzielającego zamówienie z NFZ.
6. Każda ze Stron może w każdym czasie bez podania przyczyny wypowiedzieć umowę z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
7. Rozwiązanie umowy następuje w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 17

Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

#### § 18

Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzyga sąd powszechny właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

#### § 19

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 20

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
Udzielający zamówienia

.....  
Przyjmujący zamówienie

Wykaz załączników do Umowy:

- 1) wzór miesięcznego harmonogramu,
- 2) kserokopia polisy OC

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ**

za miesiąc ,rok.....

zgodnie z umową nr .....

.....  
(imię i nazwisko Wykonującego)

.....  
(miejsce wykonywania świadczeń)

Niniejszym stwierdzam, że praca określona w ww. umowie została wykonana w dniach:

Data	Godziny od – do*	Ilość godzin
<b>Razem</b>		

\* wykaz obejmuje pełne godziny

.....  
( podpis wykonującego pracę )

Stwierdzam wykonanie pracy

.....  
(podpis osoby upoważnionej)