

**Znak sprawy: 30/2024/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 (t.j. Dz.U.2024.799) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024.146 t.j.) oraz Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Spółce Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz k/Warszawy wprowadzonego Zarządzeniem nr 51/2024 Zarządu Spółki MCN Sp. z o.o. z dnia 31.07.2024 r.*

Zatwierdzamy: 23.08.2024 r.

*Członek Zarządu*

*Prezes Zarządu*

## **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 **30/2024/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 – jeden oferent może złożyć ofertę na co najwyżej jedną część zamówienia w częściach od 1 do 10 oraz jeden oferent może złożyć ofertę na co najwyżej jedną część zamówienia w częściach od 11 do 16

## **II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji na potrzeby Programu polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego.

**Część nr 1:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 3267 godzin)

Pon – 8-15

Wt – 15-20

Śr – 15-20

Czw – 15-20

Pt – 8- 15

**Część nr 2:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 2583 godzin)

Wt – 8- 15

Śr – 8- 15

Czw – 8- 15

**Część nr 3:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 615 godzin)

Pon – 15-20

**Część nr 4:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 1537,5 godziny)

Pon – 15 - 20

Wt – 15-20

Pt –15 – 20 (2 razy / msc)

**Część nr 5:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 4305 godzin)

Pon – 8-15

Wt – 8-15

Śr – 8-15

Czw – 8-15

Pt – 8- 15

**Część nr 6:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 4305 godzin)

Pon – 8-15

Wt – 8-15

Śr – 8-15

Czw – 8-15

Pt – 8- 15

**Część nr 7:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 1230 godzin)

Pon – 15-20

Czw – 15-20

**Część nr 8:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 1845 godzin)

Wt – 15- 20

Śr– 15-20

Pt– 15-20

**Część nr 9:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 615 godzin)

Czw – 15-20

**Część nr 10:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 1230 godzin)

Śr– 15-20

Pt– 15-20

**Część nr 11:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 1230 godzin)

8 -18 - Cztery soboty / miesiąc

**Część nr 12:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 615 godzin)

8 -18 - Dwie soboty / miesiąc

**Część nr 13:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 307,5 godzin)

8 -18 - Jedna sobota / miesiąc

**Część nr 14:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 215,25 godzin)

8 -15 - Jedna sobota / miesiąc

**Część nr 15:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 307,5 godzin)

8 -18 - Jedna sobota / miesiąc

**Część nr 16:** Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 1076,25 godzin)

15 -20- Jedna sobota / miesiąc

8 -18 – Trzy soboty / miesiąc

#### *Zakres zadań Przyjmującego zamówienie:*

Wykonawca w ramach umowy przeprowadzi sesję terapeutyczną i testy wykonywane przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji.

Jedna sesja terapeutyczna powinna trwać około 60 minut. W ciągu tego czasu następuje przymocowanie pacjenta do urządzenia, trening trwający około 45 minut - w zależności od zmęczenia i motywacji pacjenta, następnie odpięcie zabezpieczenia i odłączenie pacjenta. Parametry urządzenia będą dostosowane do potrzeb i możliwości pacjenta. Po sesji terapeutycznej powinno zostać sporządzone podsumowanie na cele monitoringu i ewaluacji działań programu. W celu uzyskania lepszej współpracy i motywacji pacjenta podczas sesji terapeutycznych, terapeuta może prowadzić dodatkowe ćwiczenia. Należy wykorzystywać biofeedback, umożliwiający ocenę stopnia zaangażowania pacjenta w proces terapii np. przez graficzny zapis cyklu chodu na monitorze komputera oraz wzrost motywacji pacjenta poprzez dostarczenie sygnałów zwrotnych – wizualnych oraz proprioceptywnych. Dodatkowo treningi

wzbogacane mogą być aplikacjami z wykorzystaniem trójwymiarowych technik i projektorów 3D, umożliwiającą głęboką percepcję, pozwalającą przenieść się w środowisko sztucznie generowane przez komputer

Miejsce wykonywania zamówienia: Oddział Neurologiczno Rehabilitacyjny MCN sp. z o.o. w Zagórz 05-462 Wiązowna, Zagórze, od dnia podpisania umowy przez 26 miesięcy

**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 postaci elektronicznej lub 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.

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

.....  
(Dane składającego ofertę)

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nr. spr. 30/2024/KO**  
**Nie otwierać przed 29.08.2024 r. godz.12:30**

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 lub przesać na adres e-mail: [sekretariat@centrumzagorze.pl](mailto:sekretariat@centrumzagorze.pl) - w temacie należy wpisać: „Oferta na Konkurs nr 30/2024/KO” do dnia 29.08.2024 r. godz.12:00

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.

**Warunki.**

**Warunki podmiotowe dotyczące oferenta - warunki muszą być bezwzględnie spełnione:**

- 1) jest magistrem fizjoterapii - dyplom
- 2) posiada doświadczenie w pracy z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym w podmiocie leczniczym świadczącym usługi z zakresu neurorehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym - zaświadczenie
- 3) posiada doświadczenie w prowadzeniu terapii w urzędzeniu Lokomat - zaświadczenie
- 4) odbył szkolenie w zakresie prowadzenia terapii w urzędzeniu Lokomat Pro z modułem FreeD - certyfikat.

#### IV. Oferta winna zawierać.

- 1) Formularz oferty, oraz część szczegółową – zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych warunków;
- 2) Kopię aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia i dostarczenia kopii najpóźniej w dniu podpisania umowy na świadczenia zdrowotne;
- 3) oświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

#### UWAGA

**Przed podpisaniem umowy Udzielający zamówienia wezwie do przedstawienia zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, ważnego na 6 miesięcy przed składaniem oferty – dla wszystkich Specjalistów, którzy będą wykonywali świadczenia, brak przedstawienia powyższych zaświadczeń będzie skutkowało odrzuceniem oferty i wyborem kolejnego oferenta.**

#### Ponadto wymagane są kopie następujących dokumentów:

##### a) w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:

- 1) aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego
- 2) wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, oraz dokumenty potwierdzające ich kwalifikacje zawodowe,

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

- 1) aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej strona [www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl). /aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców

#### Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe:

-dyplom ukończenia szkoły wyższej - fizjoterapia

**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 poświadczonych 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.

- 1) Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć 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 **29 sierpnia 2024 r. godz.12:00**. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli wpłynie ona do siedziby Udzielającego zamówienie przed upływem terminu składania ofert.
- 2) Ofertę złożoną w formie elektronicznej lub postaci elektronicznej, należy przesłać na adres e-mail: [sekretariat@centrumzagorze.pl](mailto:sekretariat@centrumzagorze.pl), w temacie należy wpisać: „Oferta na Konkurs nr **30/2024/KO**” Do dnia **29 sierpnia 2024r. godz.12:00**. Ofertę wraz z załącznikami złożoną w formie elektronicznej lub postaci elektronicznej należy opatrzyć podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

#### Zmiany i modyfikacje oferty

- 1) Oferent może przed upływem terminu do składania Ofert zmienić lub wycofać Ofertę.
- 2) Oferent może wprowadzić modyfikacje do złożonej Oferty na zasadach i w terminie określonym do składania Ofert.
- 3) Zmiany, o których mowa w ust. 2 muszą być złożone z uwzględnieniem zasad obowiązujących przy składaniu Oferty oraz zawierać dopisek: „ZMIANA OFERTY”.
- 4) Koperty oznaczone dopiskiem „ZMIANA OFERTY” zostają otwarte przy otwieraniu Oferty Świadczeniodawcy, który wprowadził modyfikacje. Po stwierdzeniu przez Komisję Konkursową poprawności procedury dokonywania zmiany zostaną dołączone do Oferty.
- 5) W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania Ofert koperty z dopiskiem „ZMIANA OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w postępowaniu konkursowym, a następnie zwrócone Oferentowi.
- 6) Oferent ma prawo przed upływem terminu składania Ofert wycofać się z postępowania konkursowego składając w tym zakresie pisemne powiadomienie z dopiskiem „WYCOFANIE OFERTY”.
- 7) W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania Ofert koperty z dopiskiem „WYCOFANIE OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w postępowaniu konkursowym.
- 8) Zmieniona lub wycofana Oferta nie podlega zwrotowi Oferentowi.

#### 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 **29 sierpnia 2024 r. godz.12:30**.

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.

#### 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 i zmiany SWKO.

- 1) 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: dr hab. n.med. Marcin Bonikowski tel. +48 604 141 864
  - w sprawach formalnych: Klaudia Banaszek tel. + 48 452 888 028,w godzinach: od poniedziałku do piątku w godz. od 7:30 14:30.
- 2) Oferent może przed upływem terminu do składania Ofert zwrócić się do Udzielającego zamówienia z zapytaniem o wyjaśnienie treści SWKO lub wnioskiem o modyfikację SWKO na piśmie bądź drogą mailową, na adres do korespondencji wskazany każdorazowo w SWKO. Modyfikacje, o których mowa w zdaniu poprzedzającym nie mogą dotyczyć kryteriów oceny Ofert, ani warunków wymaganych od Oferentów.
- 3) Udzielający zamówienia zobowiązany jest do niezwłocznego udzielenia wyjaśnień Oferentom, którzy wystąpili z zapytaniem lub wnioskiem, o którym mowa w ust. 1, o ile zapytanie takie lub wniosek wpłynęło wcześniej, niż w połowie czasu między ogłoszeniem Konkursu, a terminem składania Ofert. Wyjaśnienie, o którym mowa w zdaniu pierwszym Udzielający zamówienia podaje do publicznej wiadomości.
- 4) Udzielający zamówienia może przed upływem terminu składania Ofert zmienić treść SWKO. Dokonaną zmianę Udzielający zamówienia podaje do publicznej wiadomości. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzedzającym nie może dotyczyć kryteriów oceny Ofert, ani warunków wymaganych od Oferentów.
- 5) Udzielający zamówienia może przed upływem terminu składania Ofert przedłużyć termin do składania Ofert i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia lub odwołać Konkurs ofert. Dokonaną zmianę Udzielający zamówienia podaje do publicznej wiadomości.

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

Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przysługuje:

1. protest — składany w toku trwania Konkursu ofert,
2. odwołanie — składane po rozstrzygnięciu Konkursu ofert.

Środki odwoławcze nie przysługują na:

- niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie,
- unieważnienie postępowania,
- odwołanie postępowania.

- 1) W toku postępowania, do czasu jego zakończenia Oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
  - 2) Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od daty jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia. Do czasu rozpatrzenia protestu Konkurs ofert ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
  - 3) W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
  - 4) Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
  - 5) Informacje o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Udzielający zamówienia niezwłocznie zamieszcza na stronie internetowej Spółki oraz na tablicy ogłoszeń.
- 
1. Przyjmujący zamówienie biorący udział w Konkursie ofert może wnieść do Zamawiającego odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania w terminie 7 dni od rozstrzygnięcia Konkursu ofert.
  2. Odwołanie rozstrzygane jest w terminie 7 dni od daty jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia. W przypadku uwzględnienia odwołania



postępowanie konkursowe przeprowadza się, w części dotyczącej Udzielającego zamówienia, który wniósł odwołanie.

3. W przypadku gdy na skutek ponownego przeprowadzenia postępowania w zakresie, o którym mowa w ust. 2 oferta Świadczeniodawcy, który złożył odwołanie okazała się najkorzystniejsza/mieści się wśród najkorzystniejszych w przypadku wyboru więcej niż jednej oferty, Udzielający zamówienia odpowiednio zmienia wynik postępowania konkursowego.
4. Odwołanie złożone po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informacje o wniesieniu i rozstrzygnięciu odwołania Zamawiający niezwłocznie zamieszcza na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.

## **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 ciążących 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 z 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 obowiązującego.
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

.....  
(nazwa/pieczęć oferenta)

**Formularz ofertowy**  
**Spr. 30/2024/KO**

<b>I DANE OFERENTA</b>
Nazwa praktyki /Imię i nazwisko .....
NIP..... REGON .....PESEL/KRS.....
Adres .....
Kontakt(nr.tel, e-mail).....
1.Dokument uprawniający do wykonywania zawodu..... (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię za zgodność z oryginałem przez oferenta (jeżeli dotyczy))
2. Specjalizacja (jeżeli dotyczy).....
3. Numer książki rejestrowej z RPWDL:..... prowadzonej przez Wojewodę.....
Dodatkowe kwalifikacje: i.....
<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 wypełniłam/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 Zagórz u moich danych osobowych.

6. **Oświadczam, że spełniam warunki postępowania – w razie powzięcia wątpliwości przez Zamawiającego co do spełnienia warunków przeze mnie, zobowiązuję się do przedłożenia dowodów na potwierdzenie spełnienia warunków postępowania.**
7. **Oświadczam, że jestem wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.**
8. **Oświadczam, że nie jestem karalny, a przed podpisaniem umowy przedłożę zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, a w razie nie przedłożenia zaświadczenia, jestem świadomy skutku, jakim będzie odrzucenie mojej oferty.**

.....  
(czytelny podpis oferenta)

## **II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA**

### **1. Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń na**

„Przeprowadzenie badania początkowego zgodnie z wytycznymi PPZ oraz przeprowadzenie badania końcowego zgodnie z PPZ – wykonanie wymaganych testów funkcjonalnych i badań ankietowych”

- ☒ Część nr 1: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 3267 godzin)
- ☒ Część nr 2: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 2583 godzin)
- ☒ Część nr 3: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 615 godzin)
- ☒ Część nr 4: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 1537,5 godziny)
- ☒ Część nr 5: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 4305 godzin)
- ☒ Część nr 6: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy

zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 4305 godzin)

- ☐ Część nr 7: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 1230 godzin)
- ☐ Część nr 8: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 1845 godzin)
- ☐ Część nr 9: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 615 godzin)
- ☐ Część nr 10: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w dniach/ godzinach (łącznie nie więcej niż 1230 godzin)

---

(proszę zaznaczyć część)

- ☐ Część nr 11: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 1230 godzin)
- ☐ Część nr 12: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 615 godzin)
- ☐ Część nr 13: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 307,5 godzin)
- ☐ Część nr 14: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 215,25 godzin)
- ☐ Część nr 15: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 307,5 godzin)

☒ Część nr 16: Przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów wykonywanych przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji w soboty w godzinach (łącznie nie więcej niż 1076,25 godzin)

(proszę zaznaczyć część)

w Oddział Neurologiczno Rehabilitacyjny MCN sp. z o.o. w Zagórz 05-462 Wiązowna, Zagórze  
(miejsce udzielania świadczeń)

w czasie: od dnia podpisania umowy przez 26 miesięcy

*cena za 1 przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów (część 1 - 10) = ..... zł brutto*

*Słownie..... zł brutto*

*cena za 1 przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów (część 11 - 16) = ..... zł brutto*

*Słownie..... zł brutto*

*Wynagrodzenie razem = .....zł. brutto.*

*Słownie.....*

*.....zł. brutto.*

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

**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 usług, a w przypadku braku możliwości zmniejszenia liczby usług 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. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie na piśmie, informować Udzielającego zamówienie o wszelkich okolicznościach, które mogą mieć wpływ na realizację postanowień Umowy, w szczególności o przewidywanym opóźnieniu jej wykonania, wraz z podaniem przyczyny.
5. Przyjmujący zamówienie zapewnia ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.

#### § 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



Spółecznych, 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. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia ewidencji osób oraz dni wykonanych usług w tym elektronicznej wersji w danym miesiącu kalendarzowym wg wzoru ustalonego przez Udzielającego zamówienie.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się, że wszystkie materiały i dokumenty, w których posiadanie wejdzie w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy pozostaną własnością Udzielającego zamówienie. Przyjmujący zamówienie zwróci je Udzielającemu zamówienie nie później niż w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia niniejszej Umowy.
8. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za właściwe i terminowe wykonanie całego przedmiotu umowy, w tym także odpowiedzialność za jakość oraz bezpieczeństwo realizowanych zobowiązań.
9. Przyjmujący zamówienie powinien w pełni współpracować z Kierownikiem, Koordynatorem i Recepcją Projektu.
10. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za awarie powstałe w czasie eksploatacji urządzenia Lokomat jeśli są one spowodowane: niestosowaniem się do instrukcji obsługi, użytkowaniem urządzenia niezgodnie z przeznaczeniem lub wykonywaniem napraw bez zgody Kierownika Projektu.

## § 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.
3. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek podporządkować się wskazówkom stronie Udzielającej zamówienia dotyczącym realizacji umowy.

## § 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 kart pracy z udzielanych świadczeń zdrowotnych według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Karty pracy, o której mowa w ust.1 składana jest w terminie do trzeciego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Karta pracy, po weryfikacji pacjentów zatwierdza ..... lub osoba przez niego upoważniona.
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej związanej z realizowanymi usługami w tym dokumentacji elektronicznej wg wzoru ustalonego przez Zamawiającego.
4. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do gromadzenia, oznaczania i składania Zamawiającemu wszelkich dokumentów sporządzanych przez siebie oraz otrzymywanych w ramach projektu w sposób wskazany przez Zamawiającego.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do należytego zabezpieczenia i przechowywania wszelkich dokumentów dotyczących realizacji umowy i przekazywania ich do Zamawiającego.

## § 10

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie z tytułu wykonania niniejszej umowy wynagrodzenie ..... zł brutto za przeprowadzenie sesji terapeutycznej i testów, (słownie: ..... zł brutto).  
Łączne wynagrodzenie stanowi ..... zł brutto, (słownie: ..... ) brutto.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust.1 nastąpi przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze w terminie 30 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu miesięcznej karty pracy.
4. Strony za dzień zapłaty wskazują dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
5. Udzielający zamówienia nie wyraża zgody na wystawianie faktur drogą elektroniczną.
6. 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 SPRAWOZDZANIE 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:

LP.	Data	Imię i nazwisko pacjenta
Razem:.....		

.....  
( podpis wykonującego pracę )

Stwierdzam wykonanie pracy

.....

(podpis osoby upoważnionej)