SZPITAL MIEJSKI
w Siemianowicach Śl. Sp. z o.o.
ul. 1-go Maja 9
41-100 Siemianowice Śląskie
www.zozsiemianowice.pl
zp@zozsiemianowice.pl
NIP: 643-17-64-082
REGON: 000308270
zarejestrowany w Sądzie Rejonowym Katowice-Wschód
Wydział VIII Gosp. KRS w Katowicach pod Nr KRS 0000490160

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI**
**KONKURSU OFERT**

NA USŁUGI MEDYCZNE W ZAKRESIE
HEMODIALIZY

SZM/DN/BZ/416/07/2018

Zatwierdzam:
Siemianowice Śląskie, dn. 14.12.2018r.
/miejscowość, data/

PREZES ZARZĄDU

.....
podpis i pieczęć Prezesa Szpitala Miejskiego
w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.

RADCA PRAWNY

## 1. Postanowienia ogólne

1.1. Niniejsze postępowanie prowadzone jest na zasadach przewidzianych przez przepisy art. 26-27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2190 z późn. zm.).

1.2. Organizatorem Konkursu Ofert poprzedzającego zawarcie umowy na wykonywanie usług jest Prezes Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.

1.3. Przedmiotem postępowania konkursowego jest wykonywanie usługi medycznej, w zakresie hemodializy dla pacjentów Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.

1.4. Umowa zostanie zawarta na okres 3 lat od 01.01.2019 r.

1.5. Szacunkowa liczba osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych w tut. Szpitalu wynosi ok. 63 000 tys.

1.6. Wszelkie pytania dotyczące Konkursu Ofert należy kierować na adres Zamawiającego:

Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.
ul. 1-go Maja 9
41-100 Siemianowice Śląskie
e-mail: sekretariat@zozsiemianowice.pl
z dopiskiem (w tytule e-maila) „KONKURS - HEMODIALIZA"

Osobą uprawnioną do kontaktowania się z Oferentami i udzielania wyjaśnień dotyczących Konkursu Ofert jest: Krzysztof Kot, tel. (32) 228 30 30 wewn. 272.

1.7. Oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert na usługi w zakresie hemodializy (SWKO), w celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty. SWKO dostępne są na stronie internetowej Szpitala: www.zozsiemianowice.pl, jak również (za odpłatnością – 30 zł) w Biurze Zarządu Szpitala(pok. A002) w godz. 8:00÷14:00.

1.8. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

## 2. Oferent winien:

2.1. wykonywać usługi objęte SWKO z udziałem osób posiadających kwalifikacje niezbędne do świadczenia tych usług;

2.1. posiadać przez cały okres trwania umowy ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zgodnie z art. 17 ust. 1 oraz art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2190 z późn. zm.).

2.2. zapewnić wszelkie wyroby medyczne i produkty lecznicze, jakie mogą być niezbędne w czasie realizacji usługi;

2.3. zapewnić 24 godzinną dyspozycyjność przez 7 dni w tygodniu w obsłudze przyjmowania zleceń telefonicznych oraz realizacji umowy;

2.4. wpisać umowę do Portalu Świadczeniodawcy nie później niż w dniu podpisania umowy.

## 3. Oferent:

3.1. będzie prowadzić dokumentację medyczną na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych, zgodnie z właściwymi przepisami oraz wytycznymi i wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia;

3.2. będzie prowadzić sprawozdawczość statystyczną na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych, zgodnie z właściwymi przepisami oraz wytycznymi i wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia;

3.3. podda się kontroli przeprowadzanej przez Szpital w zakresie: wykonywanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz prawidłowości i zgodności prowadzonej dokumentacji medycznej.

3.4. będzie współadministratorem danych osobowych do których będzie miał dostęp w związku z realizacją usługi, zasady ochrony danych osobowych określać będzie odrębną umowa (Porozumienie o współadministracji ) zawartą z Wykonawcą.

## 4. Opis sposobu przygotowania oferty

4.1. Oferta powinna spełniać warunki określone w niniejszych SWKO.

4.2. Ofertę należy przygotować korzystając z Formularza Ofertowego stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszych SWKO.

4.3. Oferta powinna zawierać:

4.3.1. dokładne dane dotyczące identyfikacji Oferenta wraz z adresem e-mail, numerem wpisu do właściwego rejestru i oznaczeniem organu dokonującego wpisu,
4.3.2. proponowaną kwotę należności za realizację usługi, z ewentualną kalkulacją elementów należności; proponowana cena jest obowiązująca przez cały okres trwania umowy;
4.3.3. oświadczenie Oferenta, iż przez cały okres trwania umowy będzie świadczył usługi w zakresie hemodializy;
4.3.4. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią SWKO, projektem umowy oraz ogłoszeniem;
4.3.5. oświadczenie o związaniu ofertą;
4.3.6. oświadczenie, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
4.3.7. oświadczenie o treści:
*„Oświadczam, iż zapoznałem się z ogłoszeniem, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich żadnych zastrzeżeń."*
4.3.8. oświadczenie, że wszystkie osoby, które będą wykonywać usługi objęte konkursem posiadają odpowiednie kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami;
4.3.9. oświadczenie Oferenta, że posiada aktualne świadectwa BHP oraz sanitarne;
4.3.10. oświadczenie Oferenta, że:
4.3.10.1. posiada tytuł prawny do lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne;
4.3.10.2. posiada sprzęt i aparaturę medyczną stanowiącą jego wyposażenie;
4.3.10.3. spełnia wymogi sanitarno – epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne.

4.4. Zamawiający ponadto wraz z Formularzem Ofertowym wymaga złożenia:

4.4.1. kopii aktualnego zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej bądź aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualnego odpisu KRS (nie starszy niż 6 miesięcy);
4.4.2. kopii decyzji o nadaniu Oferentowi numeru NIP (w przypadku braku aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej);
4.4.3. kopii decyzji o nadaniu Oferentowi numeru REGON (w przypadku braku aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej);
4.4.4. kopii aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC - min. suma gwarancyjna ubezpieczenia wynosi 75 000,00 EURO na jedno i 350 000,00 EURO wszystkie zdarzenia.

4.5. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty muszą być:

4.5.1. ponumerowane;
4.5.2. podpisane;
4.5.3. potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę umocowaną do zaciągania zobowiązań. W przypadku osób prawnych winno to wynikać z dokumentu potwierdzającego wpis Oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub Pełnomocnictwa.

4.6. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.

4.7. Brak jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub załącznika w złożonej ofercie może spowodować jej odrzucenie.

## 5. Kryteria, jakim będą podlegały oceny składanych ofert

| | | |
|---|---|---|
| 1) | Koszt jednego świadczenia | jako koszt całkowity jaki ponosi Oferent w ramach przeprowadzanych świadczeń 85% (Cn) |
| 2) | Odległość od siedziby Zamawiającego | w ramach oceny kryterium Zamawiający oceniał będzie ogółem 15% odległość od siedziby Zamawiającego;<br>-odległość do 10km – 15 pkt.,<br>-odległość od 10 do 15 km – 10 pkt..<br>-odległość więcej niż 15 km – 5 pkt. |

5.1. Punktacja za cenę oraz km będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$Cn = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert x .....\%}}{\text{cena badanej oferty}} \text{ x100}$$

5.2. **Wynik** – oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryteria) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów.

5.3. W przypadku, gdy kilka ofert otrzyma taką samą ilość punktów, wówczas Zamawiający może zwrócić się do Oferentów o złożenie oferty dodatkowej.

## 6. Miejsce i termin składania oferty

6.1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego, w sekretariacie pok. A002 opisując kopertę:

*nadawca (Oferent):*
...
...

*adresat (Zamawiający):*
Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.
ul. 1-go Maja 9
41-100 Siemianowice Śląskie

dopisek:
„KONKURS- HEMODIALIZA SZM/DN/BZ/416/07/2018"

6.2. Termin składania ofert upływa **dnia 21.12.2018r. o godz. 11:30.**

6.3. Wszystkie oferty otrzymane przez Zamawiającego po terminie zostaną zwrócone bez otwarcia.

## 7. Związanie ofertą

Oferent będzie związany ofertą 21 dni od upływu terminu składania ofert.

## 8. Miejsce, termin otwarcia i rozstrzygnięcia ofert

8.1. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w Biurze Zarządu :
Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.
ul. 1-go Maja 9
41-100 Siemianowice Śląskie

8.2. Otwarcie ofert nastąpi **dnia 21.12.2018r. o godz. 11:45.**

8.3. Komisja Konkursowa, przystępując do otwarcia ofert na posiedzeniu otwartym:

8.3.1. stwierdzi prawidłowość ogłoszenia konkursu;
8.3.2. potwierdzi listę otrzymanych ofert z ich faktycznym stanem;
8.3.3. sprawdzi prawidłowość zamknięcia koperty zawierającej ofertę;
8.3.4. otworzy koperty z ofertami podając:
8.3.4.1. nazwę firmy;
8.3.4.2. nazwę Oferenta;
8.3.4.3. informację dotyczącą ceny.

8.4. Komisja Konkursowa, przystępując do analizy ofert na posiedzeniu zamkniętym bez udziału oferentów, celem rozstrzygnięcia Konkursu Ofert:

8.4.1. odrzuci oferty lub zwróci się o ich uzupełnienie;
8.4.2. przyjmie do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów;
8.4.3. wybierze najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmie żadnej z ofert.

8.5. Rozstrzygnięcie Konkursu Ofert nastąpi **dnia 28.12.2018r. o godz. 11:30.**

**9. Pouczenie Zamawiającego:**

9.1. Zamawiający odrzuci ofertę jeżeli:

9.1.1. zostanie złożona przez Oferenta po terminie;
9.1.2. będzie zawierać nieprawdziwe informacje;
9.1.3. Oferent nie określi przedmiotu oferty lub nie poda proponowanej liczby lub ceny usługi;
9.1.4. będzie zawierać rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
9.1.5. Oferent złoży ofertę alternatywną;
9.1.6. Oferent lub oferta nie będą spełniać wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w SWKO,
9.1.7. będzie nieważna na podstawie odrębnych przepisów.

9.2. W przypadku, gdy braki, o których mowa w pkt. 9.1. będą dotyczyć tylko części oferty, ofertę będzie można odrzucić w części dotkniętej brakiem.

9.3. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta będzie zawierać braki formalne, Komisja Konkursowa wezwie Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

**10. Zastrzeżenia Zamawiającego:**

10.1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany terminów, warunków postępowania, odwołania Konkursu lub pozostawienia ofert bez rozstrzygnięcia – bez podania przyczyny, jak również do unieważnienia Konkursu w każdym czasie bez uzasadnienia.

10.2. Prezes Szpitala unieważni postępowanie w sprawie zawarcia umowy na usługi z zakresu hemodializy, w szczególności gdy:

10.2.1. nie wpłynie żadna oferta;
10.2.2. wpłynie jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem pkt 10.3;
10.2.3. zostaną odrzucone wszystkie oferty;
10.2.4. nastąpi istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

10.3. Jeżeli w toku postępowania konkursowego wpłynie tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja Konkursowa może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach Konkurs Ofert nie wpłynie więcej ofert.

10.4. Jeżeli nie nastąpi unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń Komisja Konkursowa ogłosi o rozstrzygnięciu postępowania w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o Konkursie Ofert.

10.5. Zamawiający zastrzega sobie prawo decyzji o zawarciu umowy z Oferentami wyłonionymi przez Komisję Konkursową.

10.6. Rozstrzygnięcie Konkursu Ofert zostanie podane do wiadomości poprzez wywieszenie informacji na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Szpitala, w terminie 2 dni od jego rozstrzygnięcia. Informacja będzie zawierać nazwę (imię i nazwisko) oraz adres siedziby (miejsce zamieszkania) Oferenta, który zostanie wybrany.

10.7. Z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania nastąpi jego zakończenie.

**11. Protesty i skargi**

11.1. Oferentom, których interes prawny dozna uszczerbku w wyniku postępowania konkursowego przysługiwać będą środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych poniżej.

11.2. Środki odwoławcze nie będą przysługiwać na:

11.2.1. wybór trybu postępowania;
11.2.2. niedokonanie wyboru Oferenta;
11.2.3. unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w zakresie hemodializy.

11.3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy do czasu zakończenia postępowania, Oferent będzie mógł złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

11.4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy ulegnie zawieszeniu, chyba, że z treści protestu będzie wynikać, że jest on oczywiście bezzasadny.

11.5. Komisja Konkursowa rozpatrzy i rozstrzygnie protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udzieli pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

11.6. Protest złożony po terminie nie będzie podlegać rozpatrzeniu.

11.7. Informacja o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu zostanie niezwłocznie zamieszczona na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Szpitala.

11.8. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa dokona powtórzenia zaskarżonej czynności.

11.9. Oferent biorący udział w postępowaniu będzie mógł wnieść do Prezesa Szpitala odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie będzie podlegać rozpatrzeniu.

11.10. Odwołanie rozpatrywane będzie w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesione odwołanie wstrzyma zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia.

**Załącznik nr 1 do SWKO**

.....
pieczątka firmowa Oferenta

.....
data sporządzenia dd/mm/rrrr

# FORMULARZ OFERTOWY

w sprawie umowy na usługi medyczne w zakresie hemodializy

1. **Dane Oferenta**

   1.1. ..... nazwa, siedziba

   1.2. NIP .....

   1.3. REGON .....

   1.4. Organ rejestrowy i nr wpisu do KRS bądź ewidencji działalności gospodarczej oraz nr Księgi Rejestrowej Wojewody.....

   1.5. Nr umowy z NFZ: .....

   1.6. Adres e-mail .....

   1.7. Telefon, fax .....

2. **Odległość (w km) od Zamawiającego:** .....

3. **Zamawiający**

   Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.
   ul. 1-go Maja 9
   41-100 Siemianowice Śląskie

4. W oparciu o ogłoszenie Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o. dot. konkursu na wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie hemodializy opublikowane na tablicy ogłoszeń Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o., na stronie internetowej www.zozsiemianowice.pl oferuję wykonanie usługi w zakresie hemodializy w okresie od 01.01.2019 r. do 31.12.2021 r.

5. Niniejszym składam ofertę na usługi w zakresie hemodializy pacjentów Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.

6. Cena 1 hemodializy: .....

7. Minimalna liczba osób udzielających świadczenia - .....

8. Oświadczenia:

   8.1. Oświadczam, że przez cały okres trwania umowy będę świadczył usługi w zakresie hemodializy.

   8.2. Oświadczam, iż zapoznałem się z ogłoszeniem, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich żadnych zastrzeżeń.

   8.3. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

   8.4. Oświadczam, że uważam się związany niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, w przedmiocie którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 21 dni od upływu terminu składania ofert.

   8.5. Oświadczam, że wszystkie osoby, które będą wykonywać usługi objęte konkursem posiadają odpowiednie kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami;

   8.6. Oświadczam, że posiadam aktualne świadectwa BHP oraz sanitarne;

   8.7. Oświadczam, że posiadam tytuł prawny do lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne;

   8.8. Oświadczam, że posiadam sprzęt i aparaturę medyczną stanowiącą wyposażenie lokali

8.9. Oświadczam, że spełniam wymogi sanitarno – epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne.

8.10. Oświadczam, iż zapewnię ochronę danych osobowych, do których przetwarzania będę miał dostęp w związku z realizacją umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami i podpiszę umowę ( Porozumienie o współadministrowaniu ) zgodną z Załącznikiem nr 3 do SWKO.

9. Zobowiązuję się:

9.1. zamieścić dane z podpisanej umowy w Portalu Świadczeniodawców najpóźniej w dniu jej podpisania;

9.2. przestrzegać przepisów oraz aktów wewnętrznych Zamawiającego dotyczących przedmiotu umowy;

9.3. nadzorować pracę zatrudnionych osób w celu zapewnienia prawidłowego świadczenia usług;

9.4. zapewnić wszelkie wyroby, produkty, materiały i środki potrzebne do świadczenia usługi;

9.5. zapewnić 24 godzinną dyspozycyjność przez 7 dni w tygodniu;

9.6. spełnić wszystkie wymogi wynikające ze Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Załączniki:

1. Kopia zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej bądź aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej / aktualny odpis KRS.
2. Kopia decyzji o nadaniu numeru NIP (w przypadku braku aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).
3. Kopia decyzji o nadaniu numeru REGON (w przypadku braku aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).
4. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC.
5. Zaakceptowany podpisem projekt umowy – Załącznik nr 2.
6. Zaakceptowane podpisem projekt– porozumienia o współadministrowaniu – Załącznik nr 3

.....

pieczątka i czytelny podpis osoby upoważnionej
do reprezentacji Oferenta

Załącznik nr 2 do SWKO

UMOWA NR SZM/ ...../ .....

zawarta w dniu ..... r. w Siemianowicach Śląskich pomiędzy:
**Szpitalem Miejskim w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.**
41-100 Siemianowice Śląskie, ul. 1-go Maja 9
NIP 643-17-64-082; REGON 000308270; zarejestrowany w Sądzie Rejonowym Katowice-Wschód Wydział VIII Gospodarczy KRS pod numerem 0000490160, nr umowy z NFZ 121/100474,
reprezentowany przez

**Prezes Zarządu** **Agnieszka Wołowiec**

zwanym dalej **Zleceniodawcą bądź Szpitalem**
a

.....
.....
.....
.....

zwanymi dalej **Zleceniobiorcą**

W związku z ogłoszeniem w dniu 14.12.2018 r. konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, w wyniku postępowania konkursowego, przeprowadzonego na podstawie przepisów art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., (Dz. U. 2018 r. poz. 2190 z pożn. zm.).Zleceniobiorca złożył Ofertę, która stanowi Załącznik do niniejszej umowy oraz został wyłoniony, jako podmiot mający wykonywać świadczenia zdrowotne z zakresu hemodializy.

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest zapewnienie całodobowo możliwości świadczenia przez Zleceniobiorcę usług medycznych w zakresie hemodializy dla pacjentów rozliczanych w ramach hospitalizacji w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o., objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym z terenu miasta Siemianowice Śląskie i miast okolicznych, zgodnie z zakresem kontraktu z NFZ. Szacunkowa liczba osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych w tut. Szpitalu wynosi ok. 63.000.
2. Zleceniobiorca oświadcza, iż przedmiot umowy nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej oraz poza zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Zleceniobiorcę zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada odpowiednią wiedzę medyczną, kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz wszelkimi innymi przepisami o charakterze wewnętrznym i zewnętrznym, w tym przepisami powszechnie obowiązującymi w zakresie, w jakim mają one zastosowanie do wykonania niniejszej umowy.

§ 2

1. Zleceniodawca zapewni pacjentom przejazd środkiem transportu sanitarnego z opieką medyczną do siedziby Zleceniobiorcy i z powrotem.
2. Rejestracja pacjentów odbywać się będzie pod numerem telefonu .....
3. Określone umową usługi medyczne będą wykonywane na podstawie indywidualnych zleceń wystawianych przez upoważniony personel Zleceniodawcy zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Minimalna liczba osób udzielających świadczenia - .....

§ 3

1. Zleceniodawca będzie płacił Zleceniobiorcy ..... zł (słownie: .....) za 1 zabieg hemodializy.
2. Strony przyjmują, iż usługa realizowana jest od momentu przyjęcia pacjenta przez Zleceniobiorcę do momentu przekazania pacjenta Zleceniodawcy.
3. Zleceniobiorca przyjmuje do wiadomości, że cena i wartość podana przez Zleceniobiorcę w ofercie są kwotami ostatecznymi brutto i w trakcie trwania umowy nie mogą podlegać zmianom, niezależnie od obowiązującej stawki podatku VAT.

4. Zleceniodawca zobowiązany jest do zapłaty wynagrodzenia za wykonane usługi w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury, na rachunek w nim wskazany.
5. Okresem rozliczeniowym ustanawia się miesiąc kalendarzowy.
6. Wraz z fakturą Zleceniobiorca zobowiązany jest przedstawić - na podstawie zleceń - wykaz wykonanych usług z podaniem:
   a) daty wykonania usługi;
   b) imienia i nazwiska pacjenta;
   c) imienia i nazwiska lekarza kierującego;
   d) nazwy komórki kierującej.

§ 4

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres od 01.01.2019 r. do 31.12.2021 r.
2. Umowa może ulec rozwiązaniu:
   a) bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku opóźnienia z zapłatą za dwa okresy płatności świadczonych usług;
   b) bez zachowania okresu wypowiedzenia wskutek oświadczenia jednej ze Stron, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy;
   c) po wypowiedzeniu przez jedną ze Stron z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia bez konieczności podawania przyczyny, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego;
   d) z upływem czasu, na który została zawarta;
   e) z dniem zakończenia udzielania świadczeń.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się najpóźniej w dniu podpisania umowy do wpisania niniejszej umowy w Portalu Świadczeniodawców pod rygorem natychmiastowego rozwiązania umowy oraz pod rygorem naliczenia kary umownej w wysokości 500,00zł.

§ 5

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się w okresie trwania umowy posiadać aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej na kwotę nie niższą niż 75 000,00 EURO na jedno i 350 000,00 EURO wszystkie zdarzenia.
2. W przypadku, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres krótszy niż czas trwania umowy, Zleceniobiorca zobowiązany jest do przedłużenia umowy ubezpieczenia i przedłożenia polisy potwierdzającej to przedłużenie Szpitalowi w terminie 3 dni przed upływem terminu aktualnej polisy.

§ 6

1. Jakiekolwiek zawiadomienie lub korespondencja będzie uważana za doręczoną w dacie doręczenia, zgodnie z przepisami prawa polskiego. Doręczenia pod adres wskazany poniżej uznane będą za skuteczne, do czasu powiadomienia drugiej Strony w formie pisemnej o nowym adresie do doręczeń.
2. Strony ustalają następujące adresy do korespondencji:

| Szpital: | Zleceniobiorca: |
|---|---|
| Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o. | ..... |
| ul. 1-go Maja 9, 41-100 Siemianowice Śl. | ..... |
| e-mail: sekretariat@zozsiemianowice.pl | e-mail:..... |

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszystkie spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy Strony postarają się rozwiązywać polubownie, a jeśli nie będzie to możliwe, to poddają pod rozstrzygnięcie właściwego Sądu powszechnego dla siedziby Zleceniodawcy.

§ 8

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do poddania się kontroli przeprowadzanej przez Szpital w zakresie wykonywanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz prawidłowości i zgodności prowadzonej dokumentacji medycznej.
2. Zleceniobiorca wyraża gotowość poddania się kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia

na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. 2018 poz.1510 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu.

§ 9

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

**ZLECENIODAWCA** **ZLECENIOBIORCA**

**Załącznik nr 3 do SWKO**

**Porozumienie o Współadministracji**
do Umowy nr ..... z dnia .....r.

W dniu ..... w Siemianowicach Śląskich pomiędzy:

**DANE współadministratora**
.....

Zwanym dalej ....., reprezentowanym przez:

.....

a:
**Szpitalem Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.**
z siedzibą w: 41-100 Siemianowice Śląskie; ul. 1-go Maja 9
NIP: 6431764082 REGON: 000308270
zarejestrowany w Rejestrze Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonym przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS pod numerem 0000490160, o kapitale zakładowym 26.548.000,00 zł
reprezentowanym przez:
**Prezesa Zarządu – Agnieszka Wołowiec**
zwanymi również w dalszej części Porozumienia **Współadministratorami** lub **Stronami**, a każdy z osobna **Współadministratorem** lub **Stroną,**

zostało zawarte Porozumienie o Współadministracji, zwane dalej **Porozumieniem**, o następującej treści:

**Przedmiot Porozumienia**
§ 1

Niniejsze Porozumienie określa:

1. Strony przetwarzają dane osobowe m.in. pacjentów, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, swoich pracowników oraz innych podmiotów, z którymi współpraca jest niezbędna celem realizacji umowy zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwanych dalej **świadczeniami**, na obszarze zabezpieczenia obejmującym miasto Siemianowice Śląskie. Strony nawiązują współpracę, realizując w ramach prowadzonej działalności swoje cele podstawowe.
2. Konieczność zapewnienia należytej ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, a które przetwarzane są przez Strony wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a konieczność przestrzegania ww. regulacji stanowi jeden z filarów prawidłowego i zgodnego z prawem prowadzenia działalności.
3. Z uwagi na wejście w życie 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 (zwane dalej **RODO**), sankcjonując istniejący stan faktyczny, polegający na przetwarzaniu we wspólnych celach przez Strony danych osobowych, jak również fakt wspólnego określania przez te podmioty celów i sposobów ich przetwarzania, Strony zdecydowały się zawrzeć niniejsze Porozumienie.
4. Zasadniczym celem przedmiotowego Porozumienia jest uregulowanie w sposób kompleksowy obowiązków Współadministratorów zarówno w sferze wewnętrznej – względem siebie, w stosunkach zewnętrznych – w relacji do osób, których dane są przetwarzane, jak również wobec organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Zakres podmiotowy i przedmiotowy Porozumienia**
§ 2
**Zakres podmiotowy Porozumienia**

1. Niniejsze Porozumienie dotyczy wyłącznie podmiotów je zawierających, które wspólnie, określają cele i sposoby przetwarzania danych osobowych, znajdujących się w ich posiadaniu.

2. Strony zgodnie oświadczają i zapewniają, że dokonywany podział zadań i obowiązków między Współadministratorami nie prowadzi, ani też nie będzie prowadził do pozbawienia któregokolwiek ze Współadministratorów realnej kontroli nad przetwarzaniem danych osobowych, w których posiadaniu znajdują się poszczególni Współadministratorzy.
3. Główną przesłanką świadczącą o konieczności zawarcia Porozumienia jest obowiązek prawny przetwarzania dokumentacji wynikający z Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.
4. Strony ustalają, że każda ze Stron przedmiotowego Porozumienia, jest na równi uprawniona do współdecydowania o celach i sposobach przetwarzania danych objętych Porozumieniem.
5. Podstawą prawną umożliwiającą zawarcie niniejszego Porozumienia jest art. 26 RODO.

**Zakres przedmiotowy Porozumienia**

6. Przedmiotem Porozumienia jest:
   1) wspólne określenie celów i sposobów przetwarzania danych przez Współadministratorów,
   2) podział zadań oraz określenie zasad odpowiedzialności poszczególnych Współadministratorów w zakresie prawidłowego wykonywania obowiązków wynikających z RODO, w tym określenie wzajemnych relacji Stron Porozumienia względem siebie, względem osób, których dane są przetwarzane oraz względem organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
   3) określenie obowiązków Współadministratorów w zakresie udostępniania zasadniczej treści uzgodnień wynikających z niniejszego Porozumienia osobom, których dane dotyczą,
   4) określenie punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą.

**Zakres danych objętych Porozumieniem**

§ 3

1. Do danych osobowych objętym niniejszym Porozumieniem należą dane osobowe przetwarzane obecnie przez Współadministratorów i znajdujące się w ich posiadaniu, jak również dane zbierane i dalej przetwarzane w okresie obowiązywania niniejszego Porozumienia tj. w szczególności dane pacjentów korzystających ze świadczeń, oraz pracowników i podwykonawców, niezbędnych dla prawidłowej realizacji zawartej z NFZ umowy, na podstawie odrębnych przepisów.
2. Niniejsze porozumienie dotyczy danych przetwarzanych w systemie informatycznym na zasadach określonych w Umowie Głównej.

**Wspólne określenie celów i sposób przetwarzania danych osobowych**

§ 4

1. Strony zgodnie ustalają, że przetwarzanie danych osobowych, jakie znajdują się bądź mogą w przyszłości znaleźć się w ich posiadaniu, w zależności od kategorii tych danych oraz kategorii osób, których dane dotyczą, będzie następowało m. in. w celu:
   1) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na danym Współadministratorze,
   2) ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej,
   3) wynikającym z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora w tym w szczególności w celu ochrony życia i zdrowia,
   4) realizacji, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, również innych celów wyznaczonych zgodnie przez Strony.
2. Strony zgodnie wskazują, że lista kategorii przetwarzanych danych, kategorie osób, których dane są przetwarzane, jak również okres ich przetwarzania, będą wskazane w Rejestrze czynności przetwarzania w rozumieniu art. 30 RODO, prowadzonych z osobna przez każdego ze Współadministratorów.

**Powołanie Inspektora Ochrony Danych**

§ 5

1. Każda ze Stron wskazuje Inspektora Ochrony Danych, o którym mowa w art. 37 – 39 RODO zgodnie z treścią oświadczenia zawartego w Załączniku nr 1 (zwanego dalej Inspektorem),
2. Strony określają obszar odpowiedzialności Inspektora dla miejsc, w których realizowana jest działalność polegająca na przetwarzaniu danych, zgodnie z treścią Załącznika nr 2.

**Podział zadań oraz zasady odpowiedzialności poszczególnych Współadministratorów**
w zakresie prawidłowego wykonywania obowiązków wynikających z RODO

§ 6

1. Każdy ze Współadministratorów jest zobowiązany do samodzielnego wypełniania obowiązków informacyjnych wskazanych w art. 13 i 14 RODO w zakresie, w jakim zbiera, bądź pozyskuje poszczególne kategorie danych osobowych. Współadministratorzy zobowiązani są do stosowania klauzul informacyjnych uwzględniających fakt współadministrowania danych.
2. Współadministratorzy ustalają, że w związku ze stosowaniem przez Strony jednolitych zasad informowania osób, których dane dotyczą, o przysługujących im prawach, zobligowani są do umieszczenia na swoich stronach internetowych aktualnych informacji dotyczących ochrony danych osobowych.
3. W ramach obowiązków informacyjnych wskazanych w ust. 1 niniejszego paragrafu, każdy ze Współadministratorów zobowiązany jest do poinformowania osoby, której dane są zbierane o zawarciu pomiędzy Współadministratorami niniejszego Porozumienia, jak również o zasadniczej treści uzgodnień z niego wynikających.
4. W przypadku, gdy naruszenie ochrony danych osobowych może powodować ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, każdy ze Współadministatorów zobowiązany jest, bez zbędnej zwłoki, zawiadomić osobę, której dane dotyczą, o takim naruszeniu, z jednoczesnym poinformowaniem jej o możliwości kierowania wszelkich zapytań dotyczących zaistniałej sytuacji. Strony zobowiązane są ponadto do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Współadministratora.

**Zadania i obowiązki Współadministratorów względem organów nadzoru**

§ 7

1. Strony postanawiają, że Inspektorzy działający w strukturach Współadministratorów, stanowić będą punkt kontaktowy, o którym mowa art. 39 ust. 1 lit. e) RODO, dla Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, we wszelkich kwestiach związanych z przetwarzaniem przez Współadministratorów danych osobowych, z podziałem na obszary odpowiedzialności zgodnie z treścią Załącznika nr 2.
2. W związku z powołaniem Inspektora, Strony zobowiązują się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, zgodnie zobowiązującymi przepisami.

**Określenie punktu kontaktowego**

§ 8

Strony wspólnie ustalają, że punktami kontaktowymi, o którym mowa art. 26 ust. 1 RODO dla osób, których dane są przetwarzane, będą Inspektorzy powołani przez poszczególnych Współadministratorów, w obszarze przetwarzania danych zgodnych z treścią Załącznika nr 2.

**Postanowienia końcowe**

§ 9

1. Niniejsze Porozumienie zostało sporządzone w 2-ch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
2. Niniejsze porozumienie zostaje zawarte z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 01.01.2019 r. na czas trwania umowy z zastrzeżeniem, że po jej zakończeniu, w prawnie uzasadnionych celach, Współadministratorzy zachowają prawo wzajemnego dostępu do danych na podstawie motywu 52, 111 oraz art. 9 ust 2 pkt. f RODO.
3. Prawo dostępu do danych określone w ust. 1 może zostać zrealizowane także poprzez udostępnienie w elektronicznej wersji kopii danych, przetwarzanych w oprogramowaniu dostarczonym przez Współadministratora, określonym w umowie głównej.
4. Za zagwarantowanie wzajemnego dostępu do danych osobowych objętych niniejszym porozumieniem lub ich udostępnienie, o których mowa w ust. 2, Strony nie pobierają opłat.

.....

SZPITAL MIEJSKI

RADCA
Kalarus

Załącznik nr 1

Strony ustalają, że funkcję Inspektorów Ochrony Danych w zakresie niniejszego Porozumienia pełnić będą:

| | **Inspektor Ochrony Danych** |
|---|---|
| Szpital Miejski<br>w Siemianowicach Śląskich sp. z o.o. | **Dane kontaktowe:**<br>e-mail:<br>Tel: |
| Dane współadministratora | **Dane kontaktowe**<br>e-mail: .....<br>Tel: (..... |

Strony ustalają, że funkcję Administratora Systemu Informatycznego w zakresie niniejszego Porozumienia pełnić będą:

| | **Administrator Systemu Informatycznego** |
|---|---|
| Szpital Miejski<br>w Siemianowicach Śląskich sp. z o.o. | **Dane kontaktowe**<br><br>e-mail:<br>Tel: |
| Dane współadministratora | **Dane kontaktowe**<br>.....<br>e-mail: .....<br>Tel: ..... |

Załącznik nr 2

Podział obszarów odpowiedzialności za dane osobowe przetwarzane przez Współadministratorów

| | Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich sp. z o.o. | Dane współadministratora |
|---|---|---|
| Obszar przetwarzania danych w ramach umowy | Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich sp. z o.o. ul. 1 maja 9 41-100 Siemianowice Śląskie | ..... |
| Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta | Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich sp. z o.o. ul. 1 maja 9 41-100 Siemianowice Śląskie | ..... |