SZPITAL MIEJSKI W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SPÓŁKA Z O.O.
ul. 1-go Maja 9
41–100 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE
NIP: 6431764082 REGON: 000308270
zarejestrowany w Rejestrze Przedsiębiorców
Krajowego Rejestru Sądowego
Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach
Wydział VIII Gospodarczy KRS pod numerem 0000490160
o kapitale zakładowym 30.191.000,00zł

www.zozsiemianowice.pl
sekretariat@zozsiemianowice.pl

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI, KONKURSU OFERT
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE USŁUG POŁOŻNICZYCH
NA ODDZIALE GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYM

DLA POTRZEB SZPITALA MIEJSKIEGO W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SPÓŁKA Z O.O.
SZM/SPP-416/ 23 /2021

Siemianowice Śląskie, dnia 15.07.2021r.
/miejscowość, data/

CZŁONEK ZARZĄDU Aleksander Jakowronek

CZŁONEK ZARZĄDU Jolanta Sikora-Kałużna

Podpis i pieczęć
Zamawiającego

I . Postanowienia ogólne

1. Postępowanie niniejsze prowadzone jest na zasadach przewidzianych przez przepisy art. 26 ust. 3 w związku z art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020r., poz. 711 z póź. zm.).
2. Organizatorem Konkursu Ofert poprzedzającego zawarcie umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. jest Zarząd Szpitala. Świadczenia medyczne obejmują wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług położniczych w **Oddziale Ginekologiczno-Położniczym**- zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla pacjentów leczonych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.
3. Świadczenia udzielane będą pacjentom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz pacjentom nieubezpieczonym w stanach zagrożenia życia lub zdrowia, 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. 62.000.
4. Wszelkie pytania dotyczące Konkursu Ofert należy kierować na adres Zamawiającego: Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.; ul. 1-go Maja 9; 41-100 Siemianowice Śląskie lub kontaktować się z osobą uprawnioną: Kierownikiem Działu Spraw Pracowniczych i Płac -tel. (32) 228-30-30 wew. 346 lub 330.
5. Oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert" (SWKO), w celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty. (koszt nabycia 30zł lub dostępne na stronie:www.zozsiemianowice.pl).
6. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

II. Opis sposobu przygotowania oferty

1. Oferta powinna spełniać warunki określone w niniejszych „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert"
2. Ofertę należy przygotować na formularzu OFERTA, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszych „Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert". Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy złożyć w nieprzezroczystej zaklejonej kopercie, opisanej w następujący sposób:

   Nazwa Oferenta:
   .....
   Adres:.....

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

   Konkurs Ofert - Znak: **SZM/SPP-416/ 23 /2021** - Świadczenia zdrowotne w ramach dyżurów położniczych w **Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** - zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla pacjentów leczonych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.

4. Oferta powinna zawierać :

a) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
b) dane o Oferencie:
   - nazwę i siedzibę podmiotu leczniczego oraz numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
   - imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (indywidualną praktyką lub specjalistyczną praktyką),
c) wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,

d) proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia,
e) Oświadczenie o treści:
„Oświadczam, iż zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz Projektem Umowy i nie zgłaszam do nich żadnych zastrzeżeń."
f) Wypełnione oświadczenie dot. minimalnej deklarowanej ilości godzin świadczenia pracy w miesiącu, stanowiące zał. nr 4 do SWKO.

5. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty, muszą być podpisane i potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę prawnie umocowaną do reprezentowania Oferenta. W przypadku osób prawnych umocowanie winno wynikać z odpisu KRS lub pełnomocnictwa. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.

6. Zamawiający ponadto wymaga przedstawienia:
a) zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej lub odpis KRS,
b) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne,
c) zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent,
d) opisu dotychczasowego przebiegu pracy zawodowej,
e) pozytywnej opinii Położnej Oddziałowej co do akceptacji danej osoby jako przyszłego świadczeniodawcy,

7. Zamawiający ponadto wymaga od oferenta, którego oferta zostanie wybrana przed datą podpisania umowy przedstawienia:
a) kserokopii dyplomu,
b) kserokopii dyplomu specjalizacji, (jeżeli posiada)
c) kserokopii prawa wykonywania zawodu;
d) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych jeżeli udzielają świadczeń w ramach praktyk;
e) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);

III. Wymagania wstępne dla świadczenia zdrowotnego

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z zakresem art. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, udzielanych przez położną w **Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** - zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla pacjentów leczonych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. w zakresie czasowym i wymiarze ustalonym przez Strony.
2. Od Oferenta wymaga się również skrupulatnego prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi, umowami łączącymi Zamawiającego z NFZ, zapisami umów wiążących Zamawiającego z innymi podmiotami oraz wszelkimi innymi regulacjami.
3. Dla potrzeb przygotowania oferty przyjmuje się, iż usługi objęte umową będą świadczone w następujących przedziałach czasowych; w dni robocze oraz niedziele i święta od 7.00 do 19.00 lub od 19.00 do 7.00 dnia następnego.
4. Zamawiający zastrzega, iż faktyczny czas świadczenia usług wynika z jego potrzeb, godziny świadczenia usług mogą zostać zmienione przez Zamawiającego przy zachowaniu proporcjonalności wynagrodzenia do nowego czasu świadczenia usługi.
5. Oferent może zlecić wykonania zamówienia osobie trzeciej jedynie po wyraźnym, wcześniejszym uzyskaniu, pisemnej zgody Zamawiającego.
6. Oferent zobowiązany jest zapewnić ciągłe sprawowanie opieki nad pacjentem, standard opieki powinien być zgodny z aktualną wiedzą medyczną. Oferent udziela innych świadczeń medycznych w trakcie świadczenia usługi zgodnie z potrzebami Zamawiającego.

IV. Czas wykonania umowy:

1. Umowa zostanie zawarta na okres 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia wykonywania świadczeń.

V. Kryteria jakim będą podlegały oceny składanych ofert:

Przy wyborze ofert Szpital będzie kierował się następującym kryterium:

Pakiet I
Kryterium oceny dla położnych w ramach indywidualnych, specjalistycznych praktyk o odpowiednich kwalifikacjach

1. Dla świadczeń zdrowotnych w zakresie usług położniczych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym

1.	cena jednego świadczenia waga kryterium 95%	jako koszt całkowity jakie ponosi Oferent w ramach przeprowadzanych świadczeń – 95 %
2.	kwalifikacje oferenta waga kryterium 5%	w ramach oceny kryterium wskazanego w pkt 2 Zamawiający oceniał będzie ogółem w skali 5%: - posiadaną specjalizację – 5 pkt

Pakiet II
Kryterium oceny dla podmiotów leczniczych:

1. Dla świadczeń zdrowotnych w zakresie usług położniczych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym

1.	cena jednego świadczenia waga kryterium 95%	jako koszt całkowity jakie ponosi Oferent w ramach przeprowadzanych świadczeń – 95 %
2.	kwalifikacje oferenta waga kryterium 5%	w ramach oceny kryterium wskazanego w pkt 2 Zamawiający oceniał będzie ogółem w skali 5%: - za każdą pielęgniarkę specjalistkę – 5 pkt

W celu zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Szpitala Zamawiający zastrzega możliwość wyboru kilku ofert przedstawiających najkorzystniejszy bilans wskazanych powyżej kryteriów.

VI. Miejsce i termin składania oferty

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego, w Biurze Zarządu Szpitala (pokój nr A 002): Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. ul. 1-go Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie **z dopiskiem: „Dział Spraw Pracowniczych i Płac, Konkurs Ofert - Znak: SZM/SPP-416/23/2021 - Świadczenia zdrowotne w zakresie usług położniczych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** - zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla pacjentów leczonych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o."

2. **Termin składania ofert upływa dnia 23.07.2021r. o godzinie 15.00.**

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

VII. Związanie ofertą

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

VIII. Przebieg postępowania konkursowego

1. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego: Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. ul. 1-go Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie (parter, pokój nr A012) dnia **26.07.2021r. - o godz. 08.00.**

2. Komisja Konkursowa przystępując do otwarcia ofert dokonuje:
a) stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia konkursu,
b) potwierdzenia listy otrzymanych ofert z ich faktycznym stanem,
c) sprawdzenia prawidłowości zamknięcia koperty z ofertą,
d) otwarcia koperty z ofertami podając:
   - nazwę firmy,
   - nazwę Oferenta,
   - informację dotyczącą ceny.

3. Komisja konkursowa, przystępując do analizy ofert na posiedzeniu zamkniętym bez udziału oferentów, celem rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:
a) odrzuca oferty lub wzywa ich do uzupełnienia,
b) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
c) wybiera najkorzystniejsze oferty albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

IX. Pouczenie Zamawiającego:

1. Zamawiający odrzuca ofertę:
a) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
b) zawierającą nieprawdziwe informacje;
c) jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
f) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;
g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w szczegółowych warunkach konkursu,
h) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu prowadzący postępowanie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

2. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

X. Zastrzeżenia Zamawiającego:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów lub warunków postępowania, odwołania konkursu lub pozostawienia ofert bez rozstrzygnięcia – bez podania przyczyny, jak również do unieważnienia konkursu w każdym czasie bez uzasadnienia.
2. Zarząd unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności gdy:
a) nie wpłynęła żadna oferta;
b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 3;
c) odrzucono wszystkie oferty;
d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
3. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

4. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.
5. O rozstrzygnięciu postępowania ogłasza się na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej Szpitala, w terminie 2 dni od rozstrzygnięcia konkursu. Ogłoszenie zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.
6. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

XI. Protesty i skargi dotyczące konkursu:

1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku postępowania konkursowego przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:

a) wybór trybu postępowania;
b) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
c) unieważnienie postępowania.

3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. oraz na stronie internetowej Zamawiającego.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Członków Zarządu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
11. Niniejszy konkurs może być w każdej chwili unieważniony, jak również zakończony bez dokonania wyboru ofert bez potrzeby uzasadnienia tego przez Zamawiającego.

Zamawiający może przesunąć termin składania ofert lub odwołać albo też unieważnić konkurs ofert bez podania przyczyny.
Zamawiający zastrzega sobie prawo decyzji o zawarciu umowy z Oferentami wyłonionymi przez Komisję Konkursową.

* właściwe wpisać lub niewłaściwe skreślić

Załącznik Nr 1
do SWKO

O F E R T A

w konkursie w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.

I. Dane Oferenta:

nazwa .....
siedziba .....
adres, nr telefonu, fax , email .....
NIP ..... REGON .....
dane rejestrowe (nr księgi nadany przez OIL) .....
.....

II. Zamawiający:

Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. ; ul. 1-go Maja 9; 41-100 Siemianowice Śląskie
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 30.191.000,00 zł
reprezentowany przez:
Członka Zarządu – Panią Aleksandrę Skowronek,
Członka Zarządu – Panią Jolantę Sikora-Kałużną,

III. W oparciu o ogłoszenie Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. dot. konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarskich w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii - zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla pacjentów leczonych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.", zamieszczone na tablicy ogłoszeń Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. oraz na stronie internetowej Zamawiającego: www:zozsiemianowice.pl w dniu .....2021r.

Oferuję/my udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od ..... do .....
Świadczenia w zakresie: .....dla potrzeb Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.:

Pakiet I

1. **Świadczenia w zakresie usług położniczych w ramach indywidualnych, specjalistycznych praktyk o odpowiednich kwalifikacjach dla świadczeń zdrowotnych w zakresie oddziału:.....**

Oddział	Stawka godzinowa za świadczenie usługi
średnie medyczne bez specjalizacji	..... brutto
średnie medyczne ze specjalizacją	..... brutto
z wyższym wykształceniem	..... brutto
z wyższym wykształceniem i specjalizacją	.....brutto

Posiadam/nie posiadam specjalizacji.*

Oświadczam, iż w stawce godzinowej wynagrodzenia wskazanej powyżej **został / nie został** uwzględniony dodatek wynikający z § 4 a Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 14 października 2015r. (Dz.U. z 2015r. poz.1628) w wysokości 10 zł do każdej godziny świadczenia usługi, maksymalnie do 160 godzin w miesiącu.

Pakiet II

1. **Świadczenia w zakresie usług położniczych wykonywanych przez podmioty lecznicze dla świadczeń zdrowotnych w zakresie usług położniczych w oddziale:.....**

Oddział	Stawka godzinowa za świadczenie usługi
średnie medyczne bez specjalizacji	..... brutto
średnie medyczne ze specjalizacją	..... brutto
z wyższym wykształceniem	..... brutto
z wyższym wykształceniem i specjalizacją	.....brutto

Oświadczam, iż w stawce godzinowej wynagrodzenia wskazanej powyżej **został / nie został** uwzględniony dodatek wynikający z § 4 a Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 14 października 2015r. (Dz.U. z 2015r. poz.1628) w wysokości 10 zł do każdej godziny świadczenia usługi, maksymalnie do 160 godzin w miesiącu.

Deklaruję do wykonywania usługi przeznaczyć..... pielęgniarek posiadających specjalizację.

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
2. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.

Załączniki do oferty:

1. zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej lub odpis KRS,
2. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmujące go zamówienie na świadczenia zdrowotne,
3. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent,
4. opisu dotychczasowego przebiegu pracy zawodowej,
5. pozytywnej opinii Pielęgniarki Oddziałowej co do akceptacji danej osoby jako przyszłego świadczeniodawcy.
6. klauzula informacyjna (zał. nr 3 do SWKO)

*właściwe wpisać lub niewłaściwe skreślić

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

Załącznik Nr 2
do SWKO

- P R O J E K T -

UMOWA Nr SZM/SPP-410/...../ 2021
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE USŁUG POŁOŻNICZYCH W ODDZIALE.....
DLA POTRZEB SZPITALA MIEJSKIEGO W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SPÓŁKA Z O.O.

zawarta dnia .....roku w Siemianowicach Śląskich, pomiędzy:
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 30.191.000,00 zł
reprezentowanym przez:
Członka Zarządu – Panią Aleksandrę Skowronek,
Członka Zarządu – Panią Jolantę Sikora-Kałużną,
zwanym dalej „**Zamawiającym**"
a.....
z siedzibą w: ....., ul.....
wpisaną do rejestru praktyk prowadzonym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ..... pod numerem.....
NIP: ..... REGON: .....
reprezentowaną przez: .....
zwanym dalej „**Przyjmującym Zamówienie**"

W związku z ogłoszeniem w dniu .....2021r. konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, w wyniku postępowania konkursowego, przeprowadzonego na podstawie przepisów art. 26 ust. 3 w związku z art. 26 ust.1 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r., (tj. Dz.U. z 2021r., poz. 711 z póź. zm.). Przyjmujący zamówienie złożył ofertę, która stanowi załącznik do niniejszej umowy oraz wyłoniony został jako podmiot mający wykonywać świadczenia zdrowotne w zakresie usług położniczych.

§ 1

1. Zamawiający zleca, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wykonywania odpłatne i profesjonalne wykonywanie usług położniczych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych i podejmowanie czynności zawodowych w zakresie działania pielęgniarki i położnej na rzecz pacjentów Zamawiającego.
2. Świadczenia będą udzielane w Oddziale ..... lub innej komórce organizacyjnej Zamawiającego.
3. Do realizacji umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapewnić świadczenia zdrowotne w następujących przedziałach czasowych: w dni robocze, niedziele, święta, dni ustawowo wolne od pracy oraz soboty w godzinach od 7.00 do 19.00 lub od 19.00 do 7.00 dnia następnego.
4. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek stawić się na swój koszt w miejscu wykonywania świadczeń zdrowotnych w czasie umożliwiającym bezproblemowe rozpoczęcie świadczenia usług według harmonogramu, o którym mowa w ust.3.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się świadczyć usługi będące przedmiotem niniejszej umowy w zmiennym miesięcznym wymiarze godzin w terminach uzgodnionych z Położną Oddziałową i zaakceptowanych przez Przełożoną Pielęgniarek z tym, że minimalną liczbę godzin udzielania świadczeń określa się na ..... **godzin miesięcznie** – zgodnie ze złożonym w tym zakresie oświadczeniem. Ustalenie wymiaru godzin następuje w formie miesięcznych harmonogramów w wymiarze nie większym niż 160 godzin miesięcznie, z zastrzeżeniem zapisów wynikających z § 1 ust. 6.
6. W przypadku nagłego, niespodziewanego zdarzenia losowego nie mają zastosowania zapisy niniejszego paragrafu - ust. 5 - w części dotyczącej maksymalnej ilości wypracowanych godzin w miesiącu.

§ 2

1. Zamawiający zabezpiecza obsadę lekarską, obsługę administracyjną, gospodarczą oraz sprzęt i aparaturę medyczną w zakresie niezbędnym dla realizacji niniejszej umowy.
2. Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do realizacji

zleceń lekarskich oraz do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez Zamawiającego.

3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, należących do Zamawiającego zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.

§ 3

1. Do obowiązków Przyjmującego zamówienie należy ponadto:
   a) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz standardami i procedurami wewnętrznymi obowiązującymi u Zamawiającego,
   b) dbanie o sprzęt medyczny i mienie Zamawiającego,
   c) zachowanie tajemnicy zawodowej, według zasad określonych w odrębnych przepisach,
   d) prowadzenie sprawozdawczości na potrzeby Zamawiającego i Narodowego Funduszu Zdrowia,
   e) wykonywanie zawodu i wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością,
   f) przestrzeganie praw pacjenta oraz przepisów o ochronie danych osobowych.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez Zamawiającego z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi kontrahentami.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddawania kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego, w tym kontroli przeprowadzonej przez upoważnione przez niego osoby.
3. Przyjmujący Zamówienie 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. 2020, poz. 1398 późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu.
4. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność wobec osób trzecich za rezultat wykonanych świadczeń zdrowotnych za szkody powstałe z przyczyn leżących po jej stronie, wynikających z:
   a) niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego lub zaniechania świadczenia w przypadku gdy zwłoka w jego udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.
   b) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
   c) nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy i niekompletny,
   d) braku realizacji zaleceń pokontrolnych.
4. Zamawiający uprawniony jest do żądania pokrycia przez Przyjmującego zamówienie szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, a Zamawiającym, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez Przyjmującego zamówienie świadczeń pielęgniarskich.
5. Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne tytuły wpłat) oraz z Urzędem Skarbowym.
6. Przyjmujący zamówienie ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną przez niego działalnością.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania i stosowania procedur postępowania wynikających z wewnętrznych zarządzeń Zamawiającego.
8. Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zabezpiecza:
   a) posiadanie aktualnych szkoleń w zakresie BHP,
   b) posiadanie aktualnych badań profilaktycznych i okresowych,
   c) odzież ochronną.
   d) procedury postępowania poekspozycyjnego w przypadku kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym.

§ 5

Umowa zostaje zawarta na okres od ..... do ..... r.

§ 6

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wystawić i przedłożyć Spółce rachunek wraz z zatwierdzonym zestawieniem usług medycznych wykonanych w danym miesiącu sławiącym zał. nr ....., do 5 dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym. Płatność za wykonane zlecenia nastąpi w terminie 14 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionego rachunku, na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego zamówienie na fakturze. Termin płatności liczony jest od dnia dostarczenia rachunku wraz ze sprawozdaniem, przy czym bieg terminu płatności nie może rozpoczynać się wcześniej, niż 1 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu rozliczeniowym. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Spółki. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę lub w dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.
2. Przyjmujący zamówienie otrzymuje wynagrodzenie z tytułu wykonywanych świadczeń, w wysokości brutto ..... zł (..... złotych) za każdą godzinę wykonywania usług.
3. W stawce określonej w ust. 2 uwzględniony został dodatek kwotowy w wysokości 10 zł brutto do każdej godziny świadczenia usługi, maksymalnie do 160 godzin w miesiącu dla jednej pielęgniarki, wypłacany na podstawie § 4 a Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 14 października 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasady wypłaty dodatku określać będą porozumienie ze związkami zawodowymi lub zarządzenia /uchwały Zarządu Szpitala.
4. Do rachunku Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dołączyć zestawienie ilościowe (godzinowe) z wykonania usług.
5. Za opóźnienie w zapłacie należności przysługują Przyjmującemu zamówienie odsetki w wysokości ustawowej.
6. W przypadku, jeżeli w związku z wykonywaniem umowy na podstawie odrębnych przepisów Przyjmujący zamówienie miałby prawo do dodatkowych świadczeń np. dodatek covidowy, zostaną one wypłacone zgodnie z odrębnymi regulacjami po spełnieniu przez Przyjmującego zamówienie warunków niezbędnych do ich uzyskania i złożeniu dokumentów wymaganych przez Zamawiającego.

§ 7

1. Każdej ze Stron niniejszej Umowy przysługuje prawo rozwiązania jej z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Zamawiający może rozwiązać niniejszą Umowę bez wypowiedzenia, jeżeli Przyjmujący Zamówienie:
   a) nie przedłoży Zamawiającemu aktualnej polisy ubezpieczeniowej, albo nie podwyższy jej wysokości wbrew obowiązującym przepisom,
   b) naruszy postanowienia niniejszej Umowy,
   c) utraci prawo do wykonywania zawodu, albo prawo do wykonywania zawodu zostanie zawieszone,
   d) Pielęgniarka Oddziałową co najmniej 3 krotnie negatywnie oceni wykonanie usługi,
   e) osoby wyznaczone do wykonania usługi zaprzestaną udzielania świadczeń lub co najmniej 3 krotnie nie wykonają usługi.
3. Zgodnie z art. 27 ust. 8 ustawy o działalności leczniczej Umowa ulega rozwiązaniu:
   a) z upływem czasu, na który była zawarta;
   b) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
   c) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia Umowy, inne niż wskazane w pkt 2.
4. Zamawiający ma prawo rozwiązania niniejszej umowy także w przypadku, gdy na skutek zmian organizacyjnych lub przekształceń dalsza jej realizacja będzie dla niego nieopłacalna ekonomicznie lub niecelowa. Okres wypowiedzenia wynosi 1 miesiąc kalendarzowy.

§ 8

1. Przyjmujący zamówienie zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 500 zł (słownie: pięćset złotych) za niewykonanie każdej pojedynczej usługi lub nienależyte jej wykonanie, przy czym za usługę uważa się każdy pojedynczy dzień świadczenia usług wynikający z harmonogramu. Kara umowna, o której mowa powyżej dotyczy przypadku nieusprawiedliwionego niestawiennictwa w terminie ustalonym haromonogramem na świadczenie usługi lub w przypadku niewypracowania ustalanej w umowie minimalnej ilości godzin świadczenia pracy w miesiącu z przyczyn innych niż leżące po stronie Zamawiającego.

2. Kwota kary umownej, o której mowa w ust. 1 będzie uiszczana na podstawie noty obciążeniowej wystawionej przez Zamawiającego w terminie 7 dni od daty przesłania noty Przyjmującemu zamówienie. Zamawiający jest uprawniony do potrącenia kary umownej z wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie.
3. Roszczenie o zapłatę kary umownej wskazanej treścią ust. 1 nie powstaje, jeśli nieobecność Przyjmującego Zamówienie spowodowana została chorobą udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim lub była uprzednio uzgodniona z Położną Oddziałową.
4. Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do skorzystania z możliwości czasowego zaprzestania wykonywania świadczeń określonych niniejszą umową (zawieszenia realizacji umowy) w terminach i wymiarze uzgodnionym z Położną Oddziałową, które zostały zaakceptowane przez Przełożoną Pielęgniarek. O planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do pisemnego poinformowania Położnej Oddziałowej z co najmniej 30- dniowym uprzedzeniem.
5. Za czas zaprzestania realizacji umowy o którym umowa w ust. 4 wynagrodzenie nie przysługuje.
6. Niezależnie od kary umownej Spółka może dochodzić od Przyjmującego zamówienie odszkodowania na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego do wysokości poniesionej szkody w przypadku, gdy szkoda przekracza wysokość kary umownej.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:
   a) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej praktyki zawodowej na zasadach określonych w obowiązujących przepisach,
   b) złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. l najpóźniej w terminie zawarcia umowy,
   c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.

§ 9

1. W zakresie nieuregulowanym w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności leczniczej.
2. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 1913, ze zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych. W szczególności zabrania się wynoszenia lub powielania dokumentacji wewnętrznej Zamawiającego związanej z udzielaniem świadczeń medycznych.
3. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszej umowy wymagają zgody obu stron, wyrażonej pod rygorem nieważności w formie pisemnej.
4. Wszelkie spory wynikające z niniejszej Umowy Strony poddają rozstrzygnięciu na drodze polubownej, jeżeli ta nie przyniesie rezultatu sądem właściwym jest sąd siedziby Zamawiającego.

§ 10

1. Strony ustalają następujące adresy do korespondencji:
   Zamawiający:
   Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.
   ul. 1-go Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie
   e-mail:sekretariat@zozsiemianowice.pl
   Przyjmujący Zamówienie:
   .....
   e-mail.....

§ 11

Niniejsza umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

....

Przyjmujący Zamówienie **Zamawiający**

RADCA PRAWNY
Katarzyna Dąbrowska-Krajewska

Załącznik nr 1 do projektu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług położniczych.

Nazwa.....
Przyjmujący Zamówienie

Zestawienie usług medycznych wykonywanych w miesiącu.....

Lp.	Rodzaj dyżuru	Data świadczenia usług	Czas trwania		Ilość godzin	Miejsce wykonywania usługi medycznej
			od	do		

Przyjmujący zamówienie oświadcza, pod groźbą odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, że w ww. czasie nie świadczy usług na rzecz innych podmiotów.

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

Zatwierdził:.....
Podpis Położnej Oddziałowej

Zał. Nr 3
do SWKO

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o., ul. 1 Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie, e-mail: sekretariat@zozsiemianowice.pl

b) W sprawach dotyczących ochrony danych może Pani/Pan kontaktować się ze Szpitalem poprzez adres e-mail: sekretariat@zozsiemianowice.pl , dzwoniąc pod nr tel: 32/2283030 lub pisząc na adres Szpitala.

c) Informacje dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej Szpitala, w zakładce Szpital / Kontakt.

d) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rekrutacji/przyszłych rekrutacji – na podstawie art. 6 ust. 1 a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974r.,

e) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą na potrzeby zawarcia umowy zlecenie/umowy o dzieło/przeprowadzenia postępowania konkursowego zgodnie z art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020r., poz. 1379 z póź. zm.)*,

f) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,

g) Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne,

h) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią niniejszej klauzuli.

.....

(podpis osoby podejmującej współpracę)

Zał. nr 4
do SWKO

Siemianowice Śl. dn.....

OŚWIADCZENIE

do oferty konkursowej
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług położniczych

Ja, niżej podpisana/y, w związku ze złożoną ofertą konkursową na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług położniczych w Oddziale..... niniejszym oświadczam, iż deklaruję do wykonania minimalną ilość godzin świadczenia pracy w miesiącu, o której mowa w § 1 ust. 4 projektu umowy w ilości..... godzin.

Deklaruję również do zgłoszenia do Narodowego Funduszu Zdrowia średniej liczby godzin wypracowywanych w miesiącu w ilości.....