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 MEDYCZNYCH W ZAKRESIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH POZA GODZINAMI ORDYNACJI DLA POTRZEB SZPITALA MIEJSKIEGO W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SPÓŁKA Z O.O.

SZM/SPP-416/ 29 /2021

Siemianowice Śląskie, dnia 23.08.2021r.

/miejscowość, data/

CZŁONEK ZARZĄDU Aleksandra Jadwiłonek

PROKURENT ŁĄCZNY Agata Jarosińska

Podpis i pieczęć
Zamawiającego

I. Postanowienia ogólne.

1. Postępowanie niniejsze prowadzone jest na zasadach przewidzianych przez przepisy art. 26-27 ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2021r., poz. 711 z póź. zm.).
2. Organizatorem Konkursu Ofert poprzedzającego zawarcie umowy na wykonywanie świadczeń medycznych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. jest Zarządu Szpitala. Świadczenia medyczne obejmują wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie chorób wewnetrznych poza godzinami ordynacji zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla osób 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/ 29 /2021** Świadczenia medyczne w zakresie chorób wewnętrznych poza godzinami ordynacji zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla osób leczonych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.
3. 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 lekarską),
   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."
4. 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.

5. Zamawiający ponadto wymaga przedstawienia:
   a) Dyplomu ukończenia studiów na Wydziale Lekarskim uzyskanego przez Oferenta lub osobę, która faktycznie w ramach zakładu (NZOZ) Oferenta będzie udzielać świadczenia,
   b) Prawa wykonywania zawodu Oferenta lub osoby udzielającej świadczeń medycznych,
   c) Pozytywnej opinii Dyrektora ds. Lecznictwa co do akceptacji danej osoby jako przyszłego świadczeniodawcy,
   d) Dyplomu właściwej specjalizacji uzyskanego przez Oferenta lub osoby udzielającej świadczeń medycznych, w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji opinia kierownika specjalizacji i dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji oraz zgoda na samodzielne pełnienie dyżurów,
   e) Polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej określonej przepisami prawa,
   f) Opisu dotychczasowego przebiegu pracy zawodowej,
   g) Decyzji lub uchwały o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą tzw. CEIDG,
   h) Zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej lub odpis KRS.

III. Wymagania wstępne dla świadczenia zdrowotnego

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych poza godzinami ordynacji zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla osób 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;
   a) w dni robocze od 15.35 do 8.00 dnia następnego,
   b) w niedziele, święta, dni ustawowo wolne od pracy oraz soboty w godzinach:
      od 8.00 do 8.00 dnia następnego lub
      od 8.00 do 20.00 lub
      od 20.00 do 8.00 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.
7. Świadczenia objęte konkursem winny być świadczone przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje:
   Choroby wewnętrzne:
   - lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarz specjalista w dziedzinie **chorób wewnętrznych** lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych.

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.

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%: - II^0 specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie objętej konkursem

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/ 29 /2021 Świadczenia medyczne w zakresie chorób wewnętrznych poza godzinami ordynacji , zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla osób leczonych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o."
2. **Termin składania ofert upływa dnia 10.09.2021 roku 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 **13.09.2021r**. o godzinie **09.30.**
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. <u>Zastrzeżenia Zamawiającego</u>:

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 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 medycznych 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 – Aleksandrę Skowronek
Członka Zarządu – Jolanta Sikora - Kałużna

III. W oparciu o ogłoszenie Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. dot. konkursu na wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie chorób wewnętrznych poza godzinami ordynacji, zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala dla osób leczonych w Szpitalu Miejskim w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o., zamieszczone w Śląskiej Izbie Lekarskiej, na tablicach 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 chorób wewnętrznych poza godzinami ordynacji dla potrzeb Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.:

1.Świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych

kwalifikacje	Stawka godzinowa za świadczenie usług w dni robocze	Stawka godzinowa za świadczenie usług w niedziele i święta oraz dni wolne i soboty
W trakcie specjalizacji	..... brutto	..... brutto
I^{O} specjalizacji	..... brutto	.....brutto
II^{O} specjalizacji	..... brutto	..... brutto
tytuł specjalisty	.....brutto	.....brutto

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy (zał. Nr 2) obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję/przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz że zdobyłem/zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.

2. Oświadczam/y, że uważam/y się związany/i niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Oferty w przedmiocie, którego moja/ nasza oferta dotyczy, tj. przez okres 21 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam/y, że wzór umowy (zał. 2) obowiązujący w konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia, którego moja/nasza oferta dotyczy – został przeze mnie/ przez nas zaakceptowany i zobowiązuję/emy się w przypadku wyboru mojej/ naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o.
4. Oświadczam, iż minimalna liczba osób, które będą udzielać świadczeń medycznych to:(dotyczy podmiotów leczniczych innych niż indywidualna lub specjalistyczna praktyka lekarska).
5. Oświadczam, iż posiadam..... letni staż pracy w danej dziedzinie medycyny.
6. Oświadczam, iż posiadam kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem konkursu.
7. Oświadczam/y, że pozostaję/emy w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
8. Oświadczam/y, że zdaję/jemy sobie sprawę z faktu, iż niniejsza umowa ma charakter ramowy, a ostateczny projekt umowy zostanie przedstawiony podmiotowi wygrywającemu konkurs po jego zakończeniu i ustaleniu wszelkich warunków szczegółowych.
9. Oświadczam/y, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam/y, że spełniam/y warunek/ki określony/e w art. 132 ust.3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2020, poz. 1398 z późn. zm.).
11. Oświadczam(y), że posiadam/y uprawnienia do świadczenia usług medycznych zgodnie z odrębnymi przepisami, a zakres oferowanych przeze mnie/ przez nas usług jest zgodny z treścią wpisu do rejestru.
12. Oświadczam, iż w przypadku wyboru mojej oferty bezpośrednio po zawarciu umowy, a przed rozpoczęciem wykonywania świadczeń zarejestruję praktykę w siedzibie podmiotu leczniczego i przedstawię Zamawiającemu stosowne zaświadczenie (dotyczy praktyki w miejscu wezwania lub praktyki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego innego niż Zamawiający).
13. Oświadczam(y), że posiadam/y aktualne świadectwa BHP oraz sanitarne, a także szczepienia przeciw WZW.
14. Oświadczam, iż przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przeze mnie zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
15. Oświadczam, iż jako Przyjmujący Zamówienie posługiwać się będę wzorem pieczątki lekarza stanowiącym Załącznik Nr .....

Załączniki:

1. wykaz osób wykonujących zamówienie (w przypadku NZOZ, grupowej praktyki lekarskiej),
2. prawo wykonywania zawodu i dokumenty potwierdzające kwalifikacje, uprawnienia uzyskane przez Oferenta lub osobę, która faktycznie w ramach zakładu (NZOZ) Oferenta będzie udzielać świadczenia (dyplom ukończenia studiów na Wydziale Lekarskim, dyplom specjalizacji, w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji opinia kierownika specjalizacji i dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji oraz zgoda na samodzielne pełnienie dyżurów),
3. zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub odpis KRS,
4. decyzja lub uchwała o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą tzw. CEIDG,
5. opinia Dyrektora ds. Lecznictwa co do akceptacji danej osoby jako przyszłego świadczeniodawcy,
6. polisa ubezpieczeniowa OC określona przepisami prawa,
7. badania lekarskie,
8. opis dotychczasowego przebiegu pracy zawodowej,
9. zaakceptowany wzór umowy,
10. klauzula informacyjna (zał. nr 3 do SWKO),
11. wzór pieczątki lekarza.

Zamawiający zaleca, aby oferta była zszyta (spięta) w sposób utrudniający jej naruszalność.

---

* 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/...../ 2021
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W ZAKRESIE
.....
POZA GODZINAMI ORDYNACJI 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 – Aleksandrę Skowronek,
Członka Zarządu – Jolantę Sikora – Kałużna,
zwanym dalej „**Zamawiającym**"
a

.....
z siedzibą w: ....., ul.....
wpisaną do CEIDG
NIP: ..... REGON: .....
reprezentowaną przez:
.....
zwanym dalej „**Przyjmującym Zamówienie**"
o następującej treści:

W związku z ogłoszeniem w dniu .....2021r. konkursu na udzielenie zamówienia na świadczenia medyczne, w wyniku postępowania konkursowego, przeprowadzonego na podstawie przepisów art. 26-27 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 medyczne z zakresu ..... poza godzinami ordynacji.

§ 1

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i zarejestrowanym pod nr .....w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Katowicach, odpis wpisu stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy. Odpis Polisy stanowi załącznik nr 2 do niniejszej Umowy. Wypis z CEIDG stanowi załącznik nr 3.

Przedmiot Umowy
§ 2

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń medycznych w zakresie: ..... zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Zamawiającego poza godzinami ordynacji.
2. Świadczenia medyczne objęte umową wykonywane będą wg harmonogramu określonego przez Strony. Harmonogram zatwierdza Zarząd lub inna wyznaczona przez niego osoba. Harmonogram zostanie sporządzony do 15-go dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, którego harmonogram dotyczy.
3. **Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się świadczyć usługi będące przedmiotem niniejszej umowy w zmiennym miesięcznym wymiarze godzin w terminach uzgodnionych z Ordynatorem Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Gastroenterologicznym, z tym że minimalną liczbę godzin udzielania świadczeń określa się na ..... godzin miesięcznie – zgodnie ze złożonym w tym zakresie oświadczeniem.**

4. W przypadku nagłego, niespodziewanego zdarzenia losowego nie mają zastosowania zapisy niniejszego §2 ust. 3 - w części dotyczącej maksymalnej ilości wypracowanych godzin w miesiącu.
5. Zamawiający ma prawo dokonania zmian w harmonogramie zgodnie z potrzebami zabezpieczenia działalności Szpitala, co nie wymaga zmiany umowy. Zamawiający ma również prawo dokonania zmian w harmonogramie w zakresie długości i pory świadczenia usług w stosunku do określonych w § 2 pkt. 3, co nie wymaga zmiany Umowy. W przypadku, gdy zmiana dotyczy harmonogramu zatwierdzonego już dla Przyjmującego Zamówienie na dany okres rozliczeniowy świadczenia usług, Zamawiający dokonuje tych zmian, po uprzednim uzgodnieniu z Przyjmującym Zamówienie.
6. Do realizacji umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapewnić świadczenia medyczne w zakresie określonym w § 2;
   a) w dni robocze od 15.35 do 8.00 dnia następnego,
   b) w niedziele, święta, dni ustawowo wolne od pracy oraz soboty w godzinach:
      od 8.00 do 8.00 dnia następnego lub
      od 8.00 do 20.00 lub
      od 20.00 do 8.00 dnia następnego
   zgodnie z ustalonym harmonogramem.
5. Zamawiający ma prawo jednostronnego czasowego zawieszenia działania Umowy lub jej ograniczenia w przypadku wyczerpania kontraktu z NFZ lub w przypadku zaistnienia innych okoliczności powodujących, iż realizacja Umowy wiązałaby się z poniesieniem przez niego nieuzasadnionych lub nie znajdujących pokrycia w przychodach kosztów.

§ 3

Miejscem udzielenia świadczeń jest teren całego Szpitala.

Warunki wykonania Umowy

§ 4

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że dysponuje wiedzą, doświadczeniem oraz uprawnieniami niezbędnymi do należytego wykonania przedmiotu Umowy i zobowiązuje się wykonać je ze szczególną starannością, z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa, standardów i reguł wykonywania świadczeń objętych niniejszą Umową, a także zasad etyki zawodowej oraz dbając o interesy Zamawiającego.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń medycznych oraz konsultacji wg potrzeb Zamawiającego.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, zarządzeniami obowiązującymi u Zamawiającego, umowami łączącymi Zamawiającego z NFZ, zapisami umów wiążących Zamawiającego z innymi podmiotami oraz wszelkimi innymi regulacjami.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest stosować się w zakresie prowadzenia dokumentacji udzielanych świadczeń, wydanych orzeczeń, skierowań czy opinii do przepisów wydanych przez Ministerstwo Zdrowia dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą oraz wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w przypadku udzielania świadczeń medycznych w soboty, niedziele, święta oraz dni ustawowo wolne od pracy do weryfikacji uprawnień pacjentów do uzyskania świadczeń finansowanych w ramach NFZ w tzw. systemie eWUŚ, a w przypadku braku potwierdzenia uprawnień pacjenta do zebrania pisemnych oświadczeń w tym przedmiocie.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przestrzegać standardów Zamawiającego w zakresie ochrony danych osobowych jak również osobiście przestrzegać wszelkich obowiązków w zakresie ochrony danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z realizacją niniejszej Umowy. Zamawiający zobowiązuje się udostępnić Przyjmującemu Zamówienie dane osobowe i dane o stanie zdrowia pacjentów Szpitala w warunkach zapewnienia ich ochrony i poufności.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się udzielać informacji dotyczących pacjenta i udzielanych przez siebie świadczeń, potrzebnych do zapewnienia odpowiedniego świadczenia usług przez Zamawiającego, innym osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych.
8. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Zamawiającego o wszystkich zdarzeniach, które mogą wpłynąć na realizację przez niego przedmiotu Umowy.

9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddawania kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego, w tym kontroli przeprowadzonej przez upoważnione przez niego osoby. 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. 2021, poz. 1285 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z zawartej umowy.
10. Przyjmujący Zamówienie posiada samodzielność w podejmowaniu decyzji w zakresie procesu leczenia i terapii pacjenta, z zastrzeżeniem, iż przy ordynacji leków Przyjmujący Zamówienie kieruje się Receptariuszem Szpitala z zachowaniem zasad racjonalnej, proporcjonalnej i oszczędnej gospodarki lekami, a zastosowanie terapii niestandardowej lub leków, albo materiałów medycznych nie stosowanych powszechnie w danej jednostce chorobowej zobowiązany jest skonsultować z Kierownikiem CIP Lekarzem Naczelnym Dyżuru Medycznego bądź Dyrektorem ds. Lecznictwa. Narażenie Zamawiającego na zbędne koszty w powyższym zakresie skutkować będzie odpowiedzialnością odszkodowawczą Przyjmującego Zamówienie.
11. Przyjmujący Zamówienie współpracuje z Pełnomocnikiem ds. Jakości w zakresie opracowywania i sprawdzania standardów akredytacyjnych oraz przestrzegania procedur i instrukcji systemowych.
12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przestrzegać w zakresie formalnoprawnym i organizacyjnym zaleceń i zasad realizacji usług, wynikających z zarządzeń wewnętrznych obowiązujących u Zamawiającego.
13. Na koordynatora wszelkich bieżących ustaleń, dotyczących wykonywania niniejszej umowy, Zamawiający wyznacza Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Gastroenterologicznym.

§ 5

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za wykonanie usług objętych niniejszą umową wobec Zamawiającego.
2. Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest przez cały czas obowiązywania niniejszej Umowy do posiadania ważnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. W przypadku zmiany przepisów regulujących wysokość ubezpieczenia zobowiązany jest podwyższyć jej wartość do kwoty wynikającej ze zmienionych przepisów. Aktualna kopia polisy winna być każdorazowo składana Zamawiającemu.
3. W okresie obowiązywania umowy Przyjmujący Zamówienie będzie posiadał aktualne badania lekarskie wynikające z obowiązujących przepisów oraz aktualne szczepienia przeciwko WZW, dokumenty potwierdzające powyższe Przyjmujący Zamówienie składa Zamawiającemu.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż liczba osób udzielających świadczeń w zakresie realizacji niniejszej Umowy wynosi ....., wykaz osób świadczących usługi stanowi załącznik do niniejszej Umowy (dotyczy podmiotów leczniczych innych niż indywidualne i specjalistyczne praktyki lekarskie).

§ 6

1. Zamawiający zobowiązuje się:
   a) zapewnić Przyjmującemu Zamówienie dostęp do urządzeń medycznych (sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do udzielenia świadczeń zdrowotnych znajdujących się w posiadaniu Zamawiającego),
   b) zapewnić Przyjmującemu Zamówienie możliwość nieodpłatnego wykonywania badań diagnostycznych, niezbędnych do prawidłowego wykonywania czynności zawartych w Umowie.
2. Zapewnienie artykułów sanitarnych, leków i sprzętu medycznego oraz środków czystości i dezynfekcji, sterylizacji narzędzi, a także niezbędnych druków stosowanych w podmiotach prowadzących działalność leczniczą obciąża Zamawiającego.

Wynagrodzenie

§ 7

1. Strony ustalają wynagrodzenie za świadczenia medyczne zgodnie z ofertą złożoną przez Przyjmującego Zamówienie w postępowaniu konkursowym, stanowiącą załącznik nr ... do niniejszej Umowy. Usługi objęte niniejszą umową stanowią usługi w zakresie opieki medycznej określone w art. 43 ust. 1 pkt. 18-19 ustawy o podatku od towarów i usług.
2. Wynagrodzenie miesięczne Przyjmującego Zamówienie obliczone będzie jako iloczyn sumy godzin świadczenia usług w danym miesiącu kalendarzowym i stawki za godzinę, wynikającej ze złożonej oferty.

Płatność za usługi świadczone poza ustalonym harmonogramem uzależniona jest od akceptacji tych usług przez Zamawiającego przed ich udzieleniem.

3. Rozliczenie między Stronami z tytułu świadczeń określonych niniejszą Umową następuje miesięcznie, na podstawie wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie faktury za poprzedni miesiąc kalendarzowy, która winna być złożona wraz z wykazem dni i liczby godzin, w których wykonane były świadczenia i potwierdzonym przez Lekarza Kierującego Oddziałem.
4. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty należności objętych fakturą w terminie 14 dni po dacie wpływu do Biura Zarządu (pokój A002) Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Spółka z o.o. prawidłowo wystawionej faktury na konto wskazane przez Przyjmującego Zamówienie. W przypadku złożenia faktury przed zakończonym miesiącem rozliczeniowym bieg terminu płatności rozpocznie się z dniem 1-go następnego miesiąca.
5. Za dzień zapłaty Strony uznają datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
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. Przyjmujący Zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne tytuły wypłat) i z Urzędem Skarbowym.
8. W sytuacjach losowych Przyjmujący Zamówienie niezwłocznie powiadamia Zamawiającego o niemożliwości wykonywania świadczeń. W przypadku jeżeli Przyjmujący Zamówienie ma zamiar w pewnym okresie nie świadczyć usług objętych umową, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń zobowiązany jest pisemnie poinformować Zamawiającego z co najmniej 30-to dniowym uprzedzeniem. Za okres nie świadczenia usług wynagrodzenie nie należy się.
9. Naruszenie obowiązku zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń poprzez zaniechanie realizacji Umowy bez zgody Zamawiającego, jak również naruszenie obowiązków określonych w § 2 pkt. 3 niniejszej Umowy, uprawnia Zamawiającego do obciążenia Przyjmującego Zamówienie karą umowną w wysokości 1 miesięcznego wynagrodzenia, liczonego jako średnia z 2 ostatnich miesięcy wykonywania umowy, a w przypadku, gdy Umowa trwa krócej to z tego okresu- płatną w terminie 7 dni od daty wezwania, co nie wyłącza uprawnienia Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania w wysokości rzeczywistej straty.
10. Przeniesienie praw lub obowiązków wynikających z niniejszej Umowy wymaga zgody Zamawiającego pod rygorem nieważności udzielonej w formie pisemnej, dotyczy to w szczególności cesji należności objętych Umową.

Czas trwania Umowy

§ 8

1. Umowa niniejsza została zawarta na czas określony, **od dnia ..... do dnia .....**
2. Rozpoczęcie wykonywania świadczeń nastąpi po przedłożeniu Zamawiającemu dokumentu rejestrowego potwierdzającego zarejestrowanie praktyki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (dotyczy praktyki w miejscu wezwania lub praktyki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego innego niż Zamawiający).

Postanowienia ogólne

§ 9

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,
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.

§ 10

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 2 pkt.5.
2. Jakiekolwiek zawiadomienie lub korespondencja będzie uważana za doręczoną w dacie doręczenia, zgodnie z przepisami prawa polskiego. Doręczenia pod adresy wskazane poniżej uznane będą za skuteczne do czasu powiadomienia drugiej Strony w formie pisemnej o nowym adresie do doręczeń.
3. W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową odpowiednie zastosowanie znajduje ustawa o działalności leczniczej oraz kodeks cywilny.
4. 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.....
5. Wszelkie spory wynikające z niniejszej Umowy Strony poddają rozstrzygnięciu na drodze polubownej, jeżeli ta nie przyniesie rezultatu sądem właściwym jest sąd siedziby Zamawiającego.
6. Niniejsza umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....	.....
Przyjmujący Zamówienie	**Zamawiający**

Załącznik 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 2021r., poz. 711 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)

Załącznik nr 4
do SWKO

Siemianowice Śl. dn.....

OŚWIADCZENIE

do oferty konkursowej
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Ja, niżej podpisana/y, w związku ze złożoną ofertą konkursową na udzielanie świadczeń medycznych w Oddziale..... niniejszym oświadczam, iż deklaruję do wykonania minimalną ilość godzin świadczenia pracy w miesiącu, o której mowa w § 2 ust. 3 projektu umowy w ilości..... godzin.

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

.....
Przyjmujący Zamówienie

Załącznik nr 4 do SWKO

Siemianowice Śl. dn.....

OŚWIADCZENIE

do oferty konkursowej
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Ja, niżej podpisana/y, w związku ze złożoną ofertą konkursową na udzielanie świadczeń medycznych w Oddziale..... niniejszym oświadczam, iż deklaruję do wykonania minimalną ilość godzin świadczenia pracy w miesiącu, o której mowa w § 4 ust. 2 projektu umowy w ilości..... godzin.

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

.....
Przyjmujący Zamówienie