

Wadowice, dnia 18.11.2019 r.

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Wadowicach  
ul. Karmelicka 5**

# ***Konkurs Ofert***

**Dotyczy: udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie  
badań ERCP (świadczenia zdrowotne endoskopii  
zabiegowej przewodu pokarmowego)**

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań ERCP (świadczenia**  
**zdrowotne endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego)**

Postępowanie jest prowadzone w trybie konkursu ofert, na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).

***I. Postanowienia ogólne.***

1. Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert określają wymagania stawiane Przyjmującemu Zamówienie, tryb składania ofert oraz inne informacje o przedmiocie konkursu ofert. Przyjmujący zamówienie powinien zapoznać się ze szczegółowymi informacjami zawartymi w niniejszych warunkach w celu prawidłowego przygotowanie i złożenia swojej oferty.
2. Udzielający Zamówienie:

**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**  
**ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice**

***II. Przedmiot zamówienia.***

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń w zakresie **badania ERCP (świadczenia zdrowotne endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego)** dla pacjentów Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach zwanego dalej ZZOZ.
2. Zakresy badań mogą się zmieniać w trakcie realizacji umowy z przyczyn i w sposób określony w umowach z płatnikiem publicznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub innym płatnikiem oraz w wyniku zawarcia przez Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach nowych umów. Na takich samych zasadach mogą być zmieniane zasady wykonywania, rozliczania oraz sprawozdawania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które będą wprowadzone aneksem do umowy.

### **III. Okres obowiązywania zamówienia.**

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony, od 01.01.2020 r. do 31.12.2022 r.
2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych ustala się na dzień: 01.01.2020 r. po rozstrzygnięciu konkursu.

### **IV. Wymagania stawiane Przyjmującemu Zamówienie.**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania na rzecz Udzielającego Zamówienia badań ERCP (świadczeń zdrowotnych endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego) dla pacjentów hospitalizowanych w ZZOZ w Wadowicach.
2. Podstawą wykonania badania ERCP będzie skierowanie wystawione przez Udzielającego Zamówienia.
3. Udzielający Zamówienie wymaga, aby:
  - procedury były wykonywane doraźnie po uprzednim uzgodnieniu terminu tj. kilka procedur wykonanych w jednym dniu w Szpitalu
  - procedury pilne będą wykonywane w terminie do 3 dni od zgłoszenia
  - procedury będą wykonywane w godzinach pracy lekarzy Oddziału Chirurgii Ogólnej i Anestezjologii
  - Udzielający zamówienia udostępni Przyjmującemu zamówienie blok operacyjny, lekarza anestezjologa do wykonania procedury znieczulenia, aparat rtg z ramieniem „C” i sterylizację sprzętu.
4. Udzielający Zamówienie zapewni:
  - sprzęt endoskopowy niezbędny do wykonania w/w procedur.
5. Przyjmujący Zamówienie zapewni:
  - wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską,
  - narzędzia endoskopowe i protezy samorozprężalne konieczne do wykonania procedur.
6. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego zamówienia jest siedziba Udzielającego Zamówienia spełniająca wymagane prawem kryteria.
7. Udzielający Zamówienie zapewnia sprzęt endoskopowy (duodenoskop, procesor, źródło światła, narzędzia endoskopowe), konieczny do przeprowadzenia objętych umową świadczeń medycznych. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że pomieszczenia, w których udzielać będzie świadczeń, będących przedmiotem niniejszej umowy oraz ich wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, użytkować będzie zgodnie z przyjętymi zasadami w tym zakresie oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.

8. Udzielający Zamówienia zapewnia pozostałe, niezbędne wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, środki ochrony radiologicznej, środki terapeutyczne konieczne do przeprowadzenia objętych umową świadczeń medycznych, których stan jest zgodny z wymogami BHP oraz posiada certyfikaty i przeglądy techniczne.
9. Udzielający Zamówienia zapewnia zespół anestezyjologiczny wraz ze sprzętem koniecznym do przeprowadzenia świadczeń objętych umową.
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli NFZ w zakresie spełniania wymagań, określonych w szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonych w NFZ ustalonych dla danego rodzaju świadczeń.
11. Udzielający Zamówienia oczekuje gwarancji, że zlecane przez niego badania wykonywane będą w sposób niebudzący zastrzeżeń i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
12. Zamówienie powinno być realizowane przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych.
13. Przyjmujący Zamówienie będzie obowiązany:
  - wykonywać przedmiot porozumienia wg wiedzy medycznej i z należytą starannością
  - prowadzić dokumentację medyczną związaną z udzielanymi świadczeniami, stosownie do obowiązujących w tej materii przepisów.
14. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany przedłożyć Udzielającemu Zamówienia kopię umowy o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej przez niego działalności.

#### ***V. Opis sposobu przygotowania oferty.***

1. Przyjmujący Zamówienie przedstawia ofertę zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) oraz wymogami określonymi w niniejszej specyfikacji.
2. Ofertę należy złożyć na drukach załączonych do niniejszej specyfikacji zgodnie z załącznikiem nr 1.
3. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
4. Wszystkie strony i załączniki do oferty muszą być zaparafowane, natomiast dołączone do oferty kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie.

5. Ofertę wraz z załącznikiem nr 1, oświadczeniem o zapoznaniu się z warunkami konkursu ofert (załącznik nr 2), (załączniki nr 3a i 3b), oświadczeniem o akceptacji projektu umowy (załącznik nr 4) oraz wymaganymi dokumentami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz napisem:  
„Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań ERCP (świadczenia zdrowotne endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego)”

#### ***VI. Oferta cenowa.***

Cena przedmiotu zamówienia winna być wyrażona w złotych polskich (PLN).  
Cenę należy podać w formularzu ofertowym.

#### ***VII. Kryteria oceny przy wyborze oferty.***

Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o następujące kryteria:

1. Cena 100 % wg poszczególnych zadań:

Maksymalną ilość punktów (tj. 100) otrzyma Wykonawca z najniższą ceną. Każdej następnej ofercie przyporządkuje się ilość punktów proporcjonalnie niższą – stosując wzór:  $[(\text{cena najniższa}/\text{cena oferowana}) \times 100] = \text{ilość punktów}$

#### ***VIII. Tryb udzielania wyjaśnień.***

W siedzibie ZZOZ w Wadowicach przy ul. Karmelickiej 5 w Wadowicach, w Dziale Organizacji i Nadzoru od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 do 14.35 (tel. 033 872-0-872, lub 033 87-21-282, adres e-mail [metorg@zozwadowice.pl](mailto:metorg@zozwadowice.pl)) można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz otrzymać obowiązujące formularze ofert. Obowiązujące formularze są również zamieszczone na stronie internetowej ZZOZ w Wadowicach ([www.zozwadowice.pl/ogloszenia.html](http://www.zozwadowice.pl/ogloszenia.html)).

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

1. Ofertę oznaczoną jak wyżej, w zamkniętej kopercie należy złożyć do dnia **04.12.2019 r. do godziny 11:00** w Sekretariacie Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach, ul. Karmelicka 5 osobiście lub wysłać pocztą. W przypadku wysłania ofert pocztą decyduje data dotarcia do ZZOZ.

2. Celem dokonania poprawek Przyjmujący Zamówienie może wycofać złożoną wcześniej ofertę i złożyć ją ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w szczegółowych warunkach konkursu terminu składania ofert.

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

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **04.12.2019 r. o godzinie 12:00** w Sali Konferencyjnej Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach ul. Karmelicka 5, II piętro.
2. Oferty zostaną rozpatrzone w ciągu 14 dni od terminu określonego dla ich złożenia. Wyniki konkursu zostaną podane do wiadomości zainteresowanych pisemnie oraz poprzez ogłoszenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie zamawiającego, II piętro.

#### ***XI. Związanie ofertą.***

Składający ofertę jest nią związany przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

#### ***XII. Istotne warunki umowy.***

##### **Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone ubezpieczonym w związku z udzieleniem bądź zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert na czas trwania umowy.
2. Przyjmujący zamówienie umowę ubezpieczenia OC zawiera najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego obowiązuje umowa na udzielenie świadczeń
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia i nie zmniejszenia jego zakresu oraz sumy ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do złożenia przed przystąpieniem do udzielenia świadczeń zdrowotnych uwierzytelnionej kopii polisy ubezpieczeniowej.

#### ***XIII. Prawo Przyjmującego Zamówienie.***

Przyjmujący zamówienie ma możliwość składania protestów i odwołań dotyczących konkursu ofert zgodnie z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) w związku z art. 152-154 ustawy

z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).

#### ***XIV. Prawo Udzielającego Zamówienia.***

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert lub odwołania i unieważnienia konkursu w całości lub dowolnej jego części bez podania przyczyny oraz prawo przeprowadzenia negocjacji z Przyjmującym Zamówienie w zakresie ustalonym przez Komisję Konkursową.

#### ***XV. Klauzula informacyjna RODO dla osób fizycznych i osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą.***

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ZZOZ w Wadowicach ul. Karmelicka 5, kontakt: [sekretariat@zzozwadowice.pl](mailto:sekretariat@zzozwadowice.pl). Kontakt do Inspektora Danych [iod@zzozwadowice.pl](mailto:iod@zzozwadowice.pl) Dane osobowe są przetwarzane w celu wyboru oferty, zawarcia umowy i jej rozliczenia, oraz dane będą wykorzystane do kontaktu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit b, c, f RODO. Odbiorcami danych będą podmioty upoważnione na podstawie prawa oraz podmioty przetwarzające na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych w zakresie wsparcia organizacyjnego. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres archiwizacji wymaganej przepisami prawa. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia po terminach archiwizacyjnych wyrażonych w odrębnych przepisach lub ograniczenia przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu ds. Ochrony Danych Osobowych. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa oraz w zakresie koniecznym do zawarcia umowy. W pozostałym zakresie jest dobrowolne. Konsekwencją nie podania danych jest niemożliwość zawarcia umowy.

#### ***XVI. Przetwarzanie danych osobowych w związku z realizacją umowy.***

W związku z realizacją świadczenia strony są odrębnymi administratorami danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów prowadzą dokumentację związaną z realizowaniem umowy oraz wymaganą przepisami prawa. W pozostałych przypadkach strony zawierają umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 28 RODO.

**OFERTA KONKURSOWA**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań ERCP**  
**(świadczenia zdrowotne endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego)**

I. Dane o Przyjmującym Zamówienie

1. Nazwa firmy .....
- Adres firmy , nr  
telefonu .....
- Numer wpisu do rejestru .....
- REGON .....
- NIP .....
- Nazwa banku .....
- Numer rachunku bankowego .....
- Osoba reprezentująca Przyjmującego  
zamówienie .....
- Kod świadczeniodawcy (nr umowy z NFZ) – jeżeli dotyczy: .....

**1. Określenie warunków wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz personelu wykonującego świadczenia, a także dokumenty rejestrowe**

Należy załączyć uwierzytelnione kserokopie następujących dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem:

1. aktualny odpis właściwego rejestru (Rejestr Wojewody / KRS / Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej – w zależności od formy organizacyjno – prawnej)\*
2. zaświadczenie o nadaniu nr NIP i REGON /\*
3. oświadczenie stanowiące **załącznik nr 2**
4. oświadczenie stanowiące **załącznik nr 3a**
5. wskazanie liczby i kwalifikacji osób, które udzielać będą świadczeń zdrowotnych **załącznik nr 3b**
6. oświadczenie o akceptacji projektu umowy **załącznik nr 4**
7. kopię certyfikatów ISO, akredytacja, itp. /\*



***\*/ kopie dokumentów wymagają uwierzytelnienia przez instytucje wydające, notariusza, osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego zamówienie***

**2. Proponowane ceny badań:**

Lp.	RODZAJ BADANIA	Cena za wykonanie jednego badania (brutto)
1.	Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki z wprowadzenie protezy samorozprężalnej	
2.	Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki	
3.	Ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu	
4.	Duże zabiegi przelyku w tym protezowanie	
5.	Duodenoskopia	

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

**Załącznik nr 2**

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

(Dane Przyjmującego Zamówienie)

***Oświadczenie  
Przyjmującego Zamówienie***

*Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z warunkami konkursu ofert, otrzymałem wszelkie wyjaśnienia potrzebne do przygotowania oferty.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

**Załącznik 3a**

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

(Dane Przyjmującego Zamówienie)

***Oświadczenie  
Przyjmującego Zamówienie***

*Oświadczam iż:*

*- posiadam aparaturę i sprzęt zgodny z atestami dopuszczającymi do użytku w Polsce oraz spełniający wymagania NFZ*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

**Załącznik 3b**

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

(Dane oferenta)

***Oświadczenie  
Przyjmującego Zamówienie***

*Oświadczam iż:*

*- posiadam kompetentny personel zdolny do wykonywania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.*

*Lista osób z kwalifikacjami zawodowymi udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach badań ERCP (świadczenia zdrowotne endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego):*

<b>L.P.</b>	<b>Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę</b>	<b>Kwalifikacje zawodowe</b>
1		
2		
3		
4		

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

**Załącznik nr 4**

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

(Dane Przyjmującego Zamówienie)

***Oświadczenie  
Przyjmującego Zamówienie***

*Oświadczam, że akceptuję projekt umowy stanowiący załącznik nr 5 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań ERCP (świadczenia zdrowotne endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego) i nie wnoszę do jego treści zastrzeżeń.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

**UMOWA**  
**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych**

zawarta w dniu .....

pomiędzy:

1. Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach, 34-100 Wadowice, ul. Karmelicka 5,  
posiadającym NIP 551-21-24-676  
reprezentowanym przez: .....

zwanym dalej **Zleceniodawcą**

2. ....  
.....

zwanym dalej **Zleceniobiorcą**

**W związku z wynikiem konkursu ofert na świadczenia zdrowotne przeprowadzonego w siedzibie Zleceniodawcy w dniu ....., Strony zgodnie zawierają umowę o poniższej treści:**

**§ 1**

1. **Zleceniodawca** powierza, a **Zleceniobiorca** przyjmuje do wykonania udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie endoskopii zabiegowej przewodu pokarmowego**. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy jest siedziba **Zleceniodawcy** spełniająca wymagane prawem kryteria. Zakres czynności wykonywanych w ramach umowy określony został w załączniku nr 1 do niniejszej umowy – stanowiący jej integralną część.
2. Prawo do wykonywania zawodu lekarza oraz niezbędne certyfikaty uprawniające do wykonywania świadczeń objętych umową **Zleceniobiorcy** oraz uzyskany stopień specjalizacji stanowi załącznik nr 2 niniejszej umowy.
3. **Zleceniodawca** zobowiązuje **Zleceniobiorcę** do zapewnienia ciągłości wykonywania świadczeń zgodnie z ustalonymi w tym zakresie zasadami zawartymi w oddzielnym regulaminie.
4. **Zleceniodawca** zapewnia pomieszczenia spełniające warunki sanitarno-epidemiologiczne oraz wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz sprzęt endoskopowy (duodenoskop, procesor, źródło światła i monitor medyczny), którymi **Zleceniobiorca** udzielać będzie świadczeń, będących przedmiotem niniejszej umowy.

5. **Zleceniobiorca** zapewnia narzędzia endoskopowe konieczne do przeprowadzenia objętych umową świadczeń medycznych oraz oświadcza, że pomieszczenia, w których udzielać będzie świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy oraz ich wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną użytkować będzie zgodnie z przyjętymi zasadami w tym zakresie oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami sprzęt endoskopowy.
6. **Zleceniodawca** zapewnia pozostałe, niezbędne wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, środki ochrony radiologicznej, środki terapeutyczne konieczne do przeprowadzenia objętych umową świadczeń medycznych, których stan jest zgodny z wymogami BHP oraz posiada certyfikaty i przeglądy techniczne.
7. **Zleceniodawca** zapewnia zespół anestezjologiczny wraz ze sprzętem koniecznym do przeprowadzenia świadczeń objętych umową.
8. W przypadku konieczności operacyjnego leczenia powikłań powstałych w wyniku działania **Zleceniobiorcy**, **Zleceniodawca** umożliwia **Zleceniobiorcy** aktywne uczestnictwo w zabiegu naprawczym.

## § 2

Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń, o których mowa w § 1 umowy są osoby na rzecz, których powinny zostać udzielane świadczenia zdrowotne na podstawie decyzji **Zleceniodawcy** a także inne osoby w przypadkach zagrożenia życia. **Zleceniobiorca** ma możliwość odmówienia wykonania świadczenia medycznego objętego umową w przypadku stwierdzenia braku wskazań do zabiegu, lub istnienia innej, mniej obciążającej pacjenta metody leczenia.

## § 3

1. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy **Zleceniobiorca** zobowiązuje się wykonywać ze szczególną starannością i zasadami przyjętymi w sztuce lekarskiej, w szczególności poprzez utrzymywanie swoich kwalifikacji.
2. Za szkody wyrządzone przez **Zleceniobiorcę** w trakcie realizacji niniejszej umowy **Zleceniobiorca** odpowiada solidarnie ze **Zleceniodawcą** do pełnej wysokości poniesionej szkody, jeżeli powstała ona z działania lub zaniechania **Zleceniobiorcy**.
3. **Zleceniobiorca** oświadcza, że świadczenia zdrowotne wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi podmiotami nie będą miały wpływu na ilość, jakość i terminowość świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.
4. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do racjonalnego gospodarowania zakontraktowaną ilością świadczeń zdrowotnych. W tym celu **Zleceniodawca** przekaze stosowne informacje **Zleceniobiorcy**.
5. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się zapoznać ze wszystkimi regulaminami, aktami prawnymi, zarządzeniami, aktami wewnętrznymi **Zleceniodawcy** związanymi z wykonywaniem niniejszej umowy. W przypadku nałożenia na **Zleceniodawcę** przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub przez inny organ obowiązków związanych z przedmiotem niniejszej umowy, **Zleceniodawca** zawiadomi o tym pisemnie **Zleceniobiorcę**.

#### § 4

1. W zakresie wykonywania umowy **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do należytego sporządzania dokumentacji medycznej wymaganej na podstawie przepisów prawnych statutu i odpowiednich regulaminów **Zleceniodawcy**.
2. **Zleceniodawca** zobowiązany jest do prawidłowego przygotowania pacjenta do wykonywanego zabiegu.
3. **Zleceniodawca** jest zobowiązany do utylizacji sprzętu jednorazowego użytego do zabiegu świadczonego na jego zamówienie.

#### § 5

1. **Zleceniobiorca** oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem umowy z rozszerzeniem na choroby zakaźne, w tym wirusowe zapalenie wątroby i wirusa HIV oraz w zakresie wszelkiego ryzyka związanego z wykonywaniem niniejszej umowy na czas jej obowiązywania.
2. **Zleceniobiorca** zobowiązany jest do utrzymywania ważnego ubezpieczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie oraz nie zmniejszania jego zakresu i wysokości poniżej kwoty 100000 euro w odniesieniu do jednego wypadku.

#### § 6

1. **Zleceniobiorcy** za wykonywanie świadczeń medycznych objętych niniejszą umową przysługuje wynagrodzenie, w wysokości określonej w załączniku nr 4 do umowy.
2. Wynagrodzenie naliczone na zasadach powyżej wskazanych wyczerpuje w całości wszelkie roszczenia i należności **Zleceniobiorcy** względem **Zleceniodawcy**.
3. Składkę na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz inne świadczenia wynikające z obowiązujących przepisów **Zleceniobiorca** pokrywa we własnym zakresie.
4. Strony ustalają miesięczny okres rozliczeniowy wykonania przedmiotu umowy. Podstawą do wystawienia faktury przez **Zleceniobiorcę** będzie miesięczne zestawienie wykonanych badań na rzecz **Zleceniodawcy**.
5. Należność za wykonanie przedmiotu umowy będzie płatna w terminie 30 dni, licząc od dnia doręczenia faktury przelewem na wskazane przez **Zleceniobiorcę** konto. Należności wypłacane będą przelewem na rachunek bankowy **Zleceniobiorcy**  
Nr .....
6. W przypadku, gdy **Zleceniodawca** stwierdzi nadpłatę lub, gdy konieczny będzie zwrot odpowiedniej kwoty na podstawie innego tytułu pozostającego w związku z postanowieniami niniejszej umowy, **Zleceniobiorca** wyraża zgodę na dokonanie potrącenia równowartości nadpłaty z najbliższej płatności z tytułu wykonania niniejszej umowy.
7. W przypadku nieterminowego dokonania zapłaty należności przez **Zleceniodawcę** na rzecz **Zleceniobiorcy** – **Zleceniobiorcy** przysługiwać będą odsetki ustawowe.



## § 7

1. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się również do poddania się kontroli **Zleceniodawcy** w zakresie wynikającym z realizacji niniejszej umowy.
3. **Zleceniobiorca** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami.

## § 8

Zleceniobiorca zobowiązuje się nie zatrudniać na podstawie umów cywilnoprawnych przy wykonywaniu zlecenia objętego niniejszą umową pracowników jednocześnie zatrudnionych na umowę o pracę w ZZOZ w Wadowicach. W przypadku naruszenia tego zakazu i nałożenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na Zleceniodawcę obowiązku zapłaty składek od w/w umów, Zleceniobiorca zobowiązuje się do zrefundowania w całości kosztów tych składek w terminie 7 dni, od przedstawienia przez Zleceniodawcę noty księgowej.

## § 9

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 01.01.2020 r. do 31.12.2022 r.

## § 10

1. Strony mogą rozwiązać umowę w całości albo w części, na mocy jednostronnego oświadczenia, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. **Zleceniodawca** może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach:
  - 1) nierzetelnego (w sposób rażący) prowadzenia dokumentacji medycznej, której sporządzanie i prowadzenie wynika z postanowień niniejszej umowy,
  - 2) nieuzasadnionego niewykonywania przez **Zleceniobiorcę** przez okres co najmniej 30 dni świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy,
  - 3) niewykonywania przez **Zleceniobiorcę** przez okres co najmniej 60 dni świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy z przyczyn niezawinionych przez **Zleceniobiorcę**, tj. w przypadku choroby **Zleceniobiorcy** stwierdzonej zaświadczeniem lekarskim lub wypisem ze szpitala,
  - 4) utraty przez **Zleceniobiorcę** koniecznych uprawnień do wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych,
  - 5) niewykonywania lub nienależytego wykonywania obowiązków przez **Zleceniobiorcę** wynikających z treści niniejszej umowy.
3. **Zleceniobiorca** może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym:

- 1) w wyniku przekroczenia terminu płatności należności, określonego w § 6 ust. 4 przez **Zleceniodawcę** o co najmniej 30 dni,
- 2) w wyniku niemożności świadczenia usług określonych niniejszą umową przez **Zleceniobiorcę** z winy **Zleceniodawcy** przez okres co najmniej 30 dni następujących po sobie.

## § 11

1. Zmiany i uzupełnienia umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności i uregulowane zostaną w aneksie podpisanym przez strony umowy.
2. Ewentualne spory mogące wyniknąć przy realizacji umowy, rozstrzygane będą przez właściwy miejscowo sąd powszechny dla Zleceniodawcy.
3. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego i innych stosownych przepisów prawa z zakresu ochrony zdrowia.
4. Umowę sporządzono w 3 (trzech) jednobrzmiących egzemplarzach, w tym 2 (dwa) dla Zleceniodawcy, 1 (jeden) egzemplarz dla Zleceniobiorcy.

## § 12

Zleceniobiorca oświadcza, że spełnia wymagania określone przez Zleceniodawcę w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, które stanowią integralną część umowy.

**Zleceniodawca:**

**Zleceniobiorca:**

**Załączniki:**

1. Zakres czynności wykonywanych w ramach umowy.
2. Prawo do wykonywania zawodu lekarza Zleceniobiorcy oraz uzyskany stopień specjalizacji.
3. Kopie dokumentów potwierdzających posiadanie uprawnień do wykonywania czynności określonych umową.
4. Cennik usług.

**Do czynności Zleceniobiorcy należy w szczególności:**

1. wykonywanie zabiegów endoskopowych w zakresie przewodu pokarmowego ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów na drogach żółciowych i trzustkowych (ECPW) oraz przelyku (protezowanie, rozszerzanie zwężeń) oraz innych zabiegów endoskopowych po uprzednim porozumieniu ze Zleceniodawcą,
2. powiadamianie Zleceniodawcy lub osoby przez niego wyznaczonej bądź innej właściwej osoby o wszelkich naruszeniach przepisów prawa, regulaminów, a także innych istotnych wydarzeniach na terenie szpitala dokonanych lub zaniechanych w szczególności przez personel medyczny i chorych,
3. zawiadamianie Zleceniodawcy o wydawanych przez siebie zarządzeniach i istotnych poleceniach mających wpływ na organizację udzielania świadczeń zdrowotnych
4. udzielanie wszelkiej pomocy Zleceniodawcy, lub osobie przez niego wyznaczonej w zakresie określonej niniejszą umową,
5. nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta,
6. nadzór nad przestrzeganiem przez chorych i personel przepisów prawa, regulaminu szpitalnego oraz innych przepisów wewnętrznych obowiązujących na terenie szpitala,
7. możliwość udzielania osobom wskazanym przez chorych wiadomości i informacji o stanie zdrowia chorego.