# **OGŁOSZENIE**

konkursu ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

w zakresie świadczeń w Poradni Chirurgicznej w Kościanie

i/lub Oddziale Chirurgicznym SPZOZ w Kościanie

Na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej

(Dz.U.Nr 112, poz. 654 ze zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie

64-000 Kościan, ul. Szpitalna 7

zaprasza

do składania ofert i uczestniczenia w konkursie ofert poprzedzającym zawarcie umów o udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie:

**Poradni Chirurgicznej w Kościanie**

**i/lub Oddziału Chirurgicznego SPZOZ w Kościanie**

**Okres obowiązywania umowy od 05.09.2016r.**, na czas trwania umowy w zakresie usług lekarskich będących przedmiotem niniejszej umowy, zawartej pomiędzy SPZOZ w Kościanie, a WOW NFZ.

Oferty mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, spełniające wymagania określone w obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz w Zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących warunków udzielania świadczeń.

Oferty należy składać w formie pisemnej do dnia 01.09.2016 r. do godz. 08.30,

w zamkniętych kopertach, w siedzibie SPZOZ w Kościanie (64-000 Kościan, ul. Szpitalna 7).

Oferta winna zawierać:

1. wypełniony formularz ofertowy,
2. polisę OC,
3. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania ww. prac,
4. zaświadczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
5. kopię wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub krajowego rejestru sądowego,
6. kopię decyzji potwierdzającej fakt wpisu danej działalności i komórki organizacyjnej do rejestru prowadzonego przez wojewodę wielkopolskiego lub innego zgodnie z adresem siedziby oferenta,
7. kserokopie dokumentów kwalifikacyjnych tj. dyplom ukończenia akademii medycznej, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacyjne,
8. zaświadczenie o nadaniu numeru REGON i NIP,
9. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, zarządzenia i z treścią projektu umowy wraz z informacją, że nie zgłasza do nich żadnych zastrzeżeń.

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie SPZOZ w Kościanie w dniu **01.09.2016r. o godz. 09:00**.

Ogłoszenie rozstrzygnięcia konkursu ofert zostanie ogłoszone na stronie internetowej SPZOZ w Kościanie [www.szpital.koscian.pl](http://www.szpital.koscian.pl/) i tablicy informacyjnej w Kościanie, do dnia 02.09.2016r.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert w całości lub części oraz przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyny.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie zastrzega sobie możliwość wybrania kilku ofert w celu wykonania całości zadania.

Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze przewidziane ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

………………………………………………………………

Dyrektor SPZOZ w Kościanie

Kościan, dnia 25 sierpnia 2016r.

ZARZĄDZENIE WEWNĘTRZNE

nr 30 z dnia 25.08.2016r.,

Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie

w sprawie:

1. przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń lekarskich

w Poradni Chirurgicznej i/lub w Oddziale Chirurgicznym

1. określenia przedmiotu postępowania, kryteriów oceny ofert, warunków wymaganych od świadczeniodawców i regulaminu postępowania komisji konkursowej.

Postanawiam co następuje:

§ 1.

Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wyłonienie Oferentów, którzy przyjmą obowiązek udzielania świadczeń lekarskich w **Poradni Chirurgicznej w Kościanie i/lub w Oddziale Chirurgicznym SPZOZ w Kościanie**.
2. Świadczenia, o których mowa w pkt. 1, winny być realizowane w Poradni Chirurgicznej winny być realizowane min. 1 raz w tygodniu w wymiarze min. 8 godzin tygodniowo.
3. Oferent wybrany w drodze konkursu w zakresie Poradni Chirurgicznej otrzyma do wypracowania średnio około 1600 pkt. miesięcznie.
4. Świadczenia w Oddziale Chirurgicznym będą realizowane zgodnie z harmonogramem ustalanym na każdy miesiąc przez Ordynatora Oddziału, w wym. min 8 godzin tygodniowo.
5. Oferent przyjmie obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.
6. Oferent zobowiązany będzie do przestrzegania zasad tajemnicy zawodowej i obowiązków określonych w ustawie z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 833 z późn. zm.).
7. Oferent zobowiązany będzie do przestrzegania praw pacjenta i realizacji obowiązku względem pacjenta i członków jego rodziny lub innych osób upoważnionych wynikających z Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.Nr 112, poz. 654 ze zm.) oraz Ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 roku Nr 5 poz. 417 z późn. zmianami).

§ 2.

**Warunki świadczenia usług (warunki wymagane od świadczeniodawców)**

1. Do konkursu ofert mogą przystąpić zarówno podmioty jak i osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone w odrębnych przepisach, spełniające wymogi przewidziane w rozporządzeniach Ministra Zdrowia i wydanych na ich podstawie zarządzeniach Prezesa NFZ.
2. Lekarze zgłoszeni w ofercie muszą posiadać tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej.
3. Oferent zobowiązuje się, przez cały okres trwania umowy, do posiadania i udostępniania zamawiającemu (SPZOZ) wymaganych dla świadczeniodawców umów ubezpieczeniowych np. polisy OC z tytułu zdarzeń medycznych, określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 25 ustawy o działalności leczniczej).

§ 3.

#### Opis sposobu przygotowania oferty

1. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
2. Oferta powinna być sporządzona w sposób staranny, przejrzysty i czytelny.
3. Oferta powinna zawierać wszelkie kserokopie dokumentów oraz załączniki wymagane.
4. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim, pod rygorem odrzucenia oferty, z wyłączeniem pojęć medycznych.
5. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje oferent.
6. Oferent może wycofać złożoną ofertę, powiadamiając pisemnie SPZOZ w Kościanie przed upływem terminu składania ofert.

§ 4.

**Oferta powinna zawierać następujące informacje:**

1. Dane oferenta: nazwę/imię i nazwisko, siedziba/adres oraz nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.
2. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń zdrowotnych zamieszczonych w ofercie na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. Proponowaną kwotę należności za realizację świadczenia.
4. Oświadczenia oferenta o:
5. zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
6. zapoznaniu się z projektem umowy wraz z informacją, że nie zgłasza do nich żadnych zastrzeżeń.
7. Ponadto, do oferty należy dołączyć w formie kserokopii:
8. kopię aktualnego odpisu z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru,
9. kopię decyzji potwierdzającej fakt wpisu do rejestru prowadzonego przez wojewodę, zgodnie z adresem siedziby oferenta,
10. polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie oferenta o zobowiązaniu do posiadania polisy OC i z tytułu zdarzeń medycznych przez cały czas obowiązywania umowy i przedkładania tych polis zamawiającemu.
11. oferty należy składać wraz z załącznikami w zamkniętych kopertach, opatrzonych napisem „Konkurs ofert – na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej/Oddziale Chirurgicznym”.

§ 5.

### Kryteria oceny ofert

1. Dla oceny ofert zostaną zastosowane następujące kryteria:
   1. cena max. 50 pkt.
   2. liczba oferowanych świadczeń max. 10 pkt.
   3. dostępność max. 15 pkt.
   4. jakość max. 5 pkt.
   5. kompleksowość max. 10 pkt.
   6. ciągłość max. 10 pkt.
2. W **kryterium cena**, maksymalną liczbę punktów w uzyska oferent oferujący stawkę o 10% mniejszą od wartości ceny oczekiwanej, 40 punktów w przypadku oferty określającej wartość punktu rozliczeniowego o 5% niższą od ceny oczekiwanej oraz 30 pkt. w przypadku oferentów, których oferta cenowa jest równa wartości oczekiwanej.

SPZOZ w Kościanie ustalił ceny oczekiwane:

1. **3,31 zł** brutto/pkt. za świadczenia w Poradni Chirurgicznej,
2. **60 zł** brutto za godzinę pracy w Oddziale Chirurgicznym.

Oferty zawierające cenę wyższą od ceny oczekiwanej nie będą rozpatrywane.

1. W **kryterium liczba oferowanych świadczeń**, Oferent otrzyma 10 pkt. w przypadku oświadczenia o możliwości zrealizowania 100% godzin wynikających z wartości określonej w zamówieniu.
2. W **kryterium dostępność,** oferent otrzyma 15 pkt. w przypadku zadeklarowania możliwości realizacji świadczeń poza wyznaczonymi godzinami, w sytuacjach pilnych i zastępstw.
3. **Jakość,** określana będzie poprzez posiadanie przez oferenta dodatkowych certyfikatów, podnoszących jakość realizowanych świadczeń.
4. **Kompleksowość,** rozumiana będzie poprzez udzielanie przez oferenta świadczeń w innym zakresie w ramach SPZOZ w Kościanie.
5. **Ciągłość,** oznacza współpracę SPZOZ w Kościanie z oferentem w latach ubiegłych. Maksymalną liczbę punktów w tym kryterium uzyska każdy oferent, będący stroną umowy w latach ubiegłych.
6. **Ocena końcowa,** stanowić będzie sumę punktów uzyskanych przez oferenta w poszczególnych kryteriach oceny oferty.

§ 6.

## Miejsce i termin składania ofert

1. **Ofertę należy złożyć w terminie do dnia 01.09.2016 r. do godz. 08:30**,

w Sekretariacie SPZOZ w Kościanie, przy ul. Szpitalnej 7, pokój nr 1.

1. Wszystkie oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez otwarcia.

###### § 7

###### Miejsce i termin otwarcia ofert

1. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **01.09.2015r. o godz. 09:00** w sali konferencyjnej SPZOZ w Kościanie przy ul. Szpitalnej 7.

§ 8.

**Przebieg konkursu, zadania komisji konkursowej**:

1. Komisja konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje kolejno

następujących czynności:

1. stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
2. otwiera koperty z ofertami,
3. ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu ofert,
4. ogłasza oferentom, które z ofert spełniają warunki konkursu ofert, a które zostały odrzucone,
5. przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
6. wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert,
7. komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w pkt 1, 2 i 3.

2. Komisja konkursowa odrzuca ofertę:

1. złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
2. zawierającą nieprawdziwe informacje;
3. jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
4. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do cen innych oferentów;
5. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
6. jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;
7. jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków, określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych niniejszym Zarządzeniu;
8. złożoną przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana, przez SPZOZ w Kościanie lub Oddział Wojewódzki Funduszu, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie, w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.
9. W przypadku gdy Oferent 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.
10. Dyrektor unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
11. nie wpłynęła żadna oferta,
12. odrzucono wszystkie oferty,
13. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcia umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć,
14. kwota najkorzystniejszej ofert przewyższa kwotę, którą SPZOZ przeznaczył na finansowanie świadczeń.

§ 9.

## Rozstrzygnięcie konkursu

1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, to Komisja konkursowa ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.
2. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie.
3. Niezwłocznie po zatwierdzeniu, komisja konkursowa zawiadamia na piśmie wszystkich Przyjmujących Zamówienie o zakończeniu i wynikach konkursu.
4. Udzielający Zamówienia zawrze umowę z oferentem, którego oferta odpowiada warunkom formalnym oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą w oparciu o ustalone kryteria oceny ofert.
5. Udzielający Zamówienia zawrze umowę z wybranym oferentem na okres obowiązywania umowy zgodnie z ogłoszeniem.

§ 10.

## Środki odwoławcze i skarga

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez SPZOZ w Kościanie zasad określonych w Zarządzeniu przysługuje protest i odwołanie.
2. Protest i odwołanie nie przysługują na:
3. wybór trybu postępowania,
4. niedokonanie wyboru oferenta,
5. unieważnienie postępowania.
6. W toku postępowania do czasu jego zakończenia, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zakończanej czynności.
7. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on bezzasadny.
8. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
9. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu, zamieszczona zostanie na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej SPZOZ-u.
11. W wypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
12. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść odwołanie do Dyrektora SPZOZ w Kościanie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
13. Odwołanie rozpatrzone jest w terminie 7 dni od dnia otrzymania.
14. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozstrzygnięcia.
15. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

§ 11.

**Osoba uprawniona do kontaktu z oferentami:**

1. W sprawach merytorycznych : Wojciech Maćkowiak tel. 655-125-163
2. Powołana komisja:

Przewodniczący : Wojciech Maćkowiak

Członek : Agnieszka Lehmann

Członek : Ireneusz Stasiak

§ 12.

## Postanowienia końcowe

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 25.08.2016r.

Zatwierdzam: ................................................................................

**FORMULARZ OFERTOWY z dnia** ..................................................................................................

na udzielanie świadczeń zdrowotnych .

NAZWA OFERENTA ..........................................................................................................................................................................

SIEDZIBA OFERENTA:...................................................................................................................................................................

tel............................................................................., e-mail: .................................................................................................................

REGON .........................................................., NIP .....................................................................

nr konta bankowego …………………………………………………………………………..……………………………………...

NR WPISU DO REJESTRUpodmiotów wykonujących działalność leczniczą, nr księgi rejestrowej ........................................................................................

**Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w**:

Poradni Chirurgicznej, w cenie ............................. zł/pkt

Oddziale Chirurgicznym, w cenie ............................. zł/godz.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie, zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy. Oświadczam, że przez cały okres obowiązywania umowy posiadać będę ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych, określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą, kwalifikacjami, uprawnieniami i doświadczeniem do wykonania zamówienia, określonymi w odrębnych przepisach, spełniającymi wymagania przewidziane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. Oświadczam, że zobowiązuje się w zakresie przedmiotu umowy do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz do poddania się kontroli na zasadach określonych w ustawie z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2013.217 j.t.).
7. Oświadczam, że odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia poniosę solidarnie z udzielającym zamówienia.

.................................................... ……..........………………......………..

data podpis i pieczęć oferenta

###### (PROJEKT) UMOWA

o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń lekarskich

zawarta w dniu 10.07.2014r. w Kościanie, pomiędzy

Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Kościanie

ul Szpitalna 7, 64-000 Kościan, NIP 698-15-78-284, REGON 411051999,

reprezentowanym przez Dyrektora – dr. med. Piotra Lehmanna,

zwanym dalej **udzielającym zamówienie,**

a

…………………………………….

w treści umowy przyjmującym zamówienie.

Na podstawie przepisów:

1. Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. - Kodeks cywilny (Dz.U.2014.121 ),
2. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013.217 ze zm.),
3. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2011.277.1634 ze zm.),
4. Ustawy z dnia 15 lipca 2011r.o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011.174.1039 ze zm.),
5. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. - Dz.U.2008.164.1027 ze zm.),
6. Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 ze zm.),
7. Ustawy z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (Dz.U.2013.330 ze zm.),
8. Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002.101.926 ze zm.),
9. oraz innych przepisów obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

W wyniku przeprowadzonego w dniach ………………… konkursu ofert,

strony zawarły umowę o treści następującej:

**§ 1**

1. Udzielający zamówienia zleca, a przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązki udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie ……………….., osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zamieszkałych na terenie powiatu kościańskiego - zwanych dalej świadczeniami.
2. Udzielanie świadczeń , o których mowa w ust. 1, następować będzie w Poradni Chirurgicznej, znajdującej się w Kościanie, przy ul. Szpitalnej 7, w wg harmonogramu ustalanego przez udzielającego zamówienie i/lub Oddziale Chirurgicznym SPZOZ w Kościanie.

**§ 2**

Rejestracja pacjentów Poradni następować będzie ustnie, telefonicznie lub przez osoby trzecie, a dokonywać jej będą uprawnieni pracownicy udzielającego zamówienie.

**§ 3**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się w szczególności do przestrzegania:
3. przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
4. standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez zleceniodawcę, przepisów BHP i PPOŻ oraz aktów prawa wewnętrznegoudzielającego zamówienie, w tym regulaminów wewnętrznych i zarządzeń,
5. obowiązujących w tej mierze przepisów prawnych, a w szczególności Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. - Dz.U.2008.164.1027 ze zm.)
6. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w granicach koniecznych do realizacji umowy.

**§ 4**

Przyjmujący zamówienie poddaje się kontroli udzielającego zamówienie, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych upoważnionych instytucji, w zakresie spełnienia określonych warunków oraz prawidłowej realizacji świadczeń wymienionych w **§**1 ust.1.

**§ 5**

Udzielający zamówienia sprawuje kontrolę merytoryczną i organizacyjną oraz nadzoruje pracę personelu średniego, niższego i technicznego, współuczestniczącego w udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy, a także kontroluje wykonywanie wydawanych przez siebie zleceń.

**§ 6**

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów. Dokumentacja medyczna stanowić będzie własność udzielającego zamówienie.
2. Udostępnienie dokumentacji medycznej przez przyjmującego zamówienie osobom trzecim, odbywa się zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych, w szczególności rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 sierpnia 2001r., w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. nr 88 poz.966 z późn. zm.), po uprzednim uzyskaniu zgody udzielającego zamówienie.
3. Każdorazowo, pisemnie, na żądanie udzielającego zamówienie, przyjmujący zamówienie

obowiązany jest udzielić zwrotnej informacji o realizacji przyjętego zamówienia.

**§ 7**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

1. ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy,
2. aktualizowania polisy ubezpieczeniowej przez cały czas trwania umowy,
3. bezzwłocznego dostarczania przyjmującemu zamówienie, kopii aktualizowanej polisy OC,
4. utrzymywania, przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy, stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia, określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23.12.2004r., w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
5. posiadania przez cały czas trwania umowy
6. ważnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania prac będących przedmiotem umowy,
7. ważnego zaświadczenia lekarskiego z badań przeprowadzonych do celów sanitarno-epidemiologicznych,
8. aktualizowania i bezzwłocznego dostarczania udzielającemu zamówienia kopii aktualizowanego zaświadczenia lekarskiego.

**§ 8**

Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, określonych w niniejszej umowie, według zasad określonych w art. 27 ust.7, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

**§ 9**

1. Przeniesienie praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy, możliwe będzie wyłącznie za zgodą udzielającego zamówienie, wyrażoną w formie pisemnej,

w szczególnych przypadkach i na warunkach zgodnych z obowiązującymi przepisami.

1. W przypadku zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności, uniemożliwiających zleceniobiorcy wykonanie usługi, obowiązkiem zleceniobiorcy jest zorganizowanie zastępstwa i wymaga ono akceptacji dyrektora (dyrektora ds. lecznictwa) lub ordynatora/ kierownika oddziału.

**§ 10**

1. Za udzielone świadczenia, **przyjmującemu zamówienie przysługiwać będzie wynagrodzenie w kwocie stanowiącej** ….. **% aktualnie obowiązującej stawki za 1 punkt** (co w dniu zawierania umowy stanowi kwotę ……**zł**), zgodnie z umową zawartą przez udzielającego zamówienie z NFZ.
2. Wypłata wynagrodzenia realizowana będzie przelewem bankowym na konto bankowe przyjmującego zamówienie o numerze ……………………………………... **,**

raz w miesiącu, w ciągu 14 dni od dnia dostarczenia udzielającemu zamówienie prawidłowo wystawionego miesięcznego rachunku wraz z kartą pracy, potwierdzoną przez ordynatora oddziału, kierownika lub dyrektora Szpitala.

1. W przypadku zwłoki w płatności wynagrodzenia, przyjmującemu zamówienie przysługiwać będą odsetki ustawowe.

**§ 11**

Umowa zostaje zawarta na okres **od** ………….. **do** ………………..

**§ 12**

1. Jeśli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu, to będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegocjację warunków umowy lub skrócenie jej obowiązywania.
2. Strony zastrzegają sobie prawo do odstąpienia od umowy za 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia.
3. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku:
4. niedostarczenia w terminie 30 dni od podpisania niniejszej umowy kopii polisy, o której mowa w **§** 7,
5. zmniejszenia limitów wykonywanych świadczeń przez NFZ,
6. niepodpisania przez udzielającego zamówienie umów z NFZ, na wykonywanie świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy,
7. rażącego naruszenia postanowień niniejszej umowy przez przyjmującego zamówienie.

**§ 13**

1. Zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Wszystkie aneksy do umowy, stanowić będą jej integralną część.

**§ 14**

Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej umowy w drodze negocjacji. W przypadku braku porozumienia między stronami na tle realizacji postanowień niniejszej umowy, rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby udzielającego zamówienie.

**§ 15**

1. Strony zastrzegają poufność wszelkich postanowień umowy wobec osób trzecich.
2. W czasie trwania niniejszej umowy, a także w okresie 3 lat od jej rozwiązania lub ustania, przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji handlowych, organizacyjnych, technicznych lub technologicznych, co do których przyjmujący podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności.

**§ 16**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową, zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 17**

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

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

przyjmujący zamówienie udzielający zamówienie

……...................................……………., dnia ……......………….....………

### OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z:

1. ogłoszeniem SPZOZ w Kościanie z dnia 25.08.2016r., dotyczącym konkursu ofert na udzielanie świadczeń lekarskich na rzecz pacjentów Poradni Chirurgicznej w Kościanie i/lub Oddziału Chirurgicznego,
2. zarządzeniem wewnętrznym nr 30 Dyrektora SPZOZ w Kościanie, z dnia 25.08.2016r.,
3. projektem umowy, która zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w tym konkursie,

zrozumiałam/em ich treść i nie zgłaszam do nich żadnych zastrzeżeń.

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

podpis oferenta

……...................................……………., dnia ……......………….....………

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym deklaruję gotowość do realizacji świadczeń w wymiarze min. ….. godz. tygodniowo.

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

podpis oferenta

……...................................……………., dnia ……......………….....………

### OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że deklaruję gotowość do:

* pełnienia dodatkowych dyżurów lekarskich, w przypadku nieobecności lekarza wyznaczonego na dany termin - .................................\*,

\* - wpisać **TAK** lub **NIE**

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

podpis oferenta