**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**W WOJEWÓDZKIM SZPITALU OBSERWACYJNO-ZAKAŹNYM**

**IM. TADEUSZA BROWICZA**

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza ul. Św. Floriana 12 85-030 Bydgoszcz, tel. 52 32-55-600, fax 52 32-55-650 zwany dalej Udzielającym Zamówienie ogłasza konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach POZ w zakresie:

1. Wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

Umowa na udzielanie świadczeń zawarta zostanie na okres od 01.05.2018r. do 31.12.2019r.

**I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest:

* udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w projekcie umowy, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej specyfikacji.

**II. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE**

* + 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w tym:
* Lekarz koordynator,
* Minimum dwa zespoły wyjazdowe,
* Pielęgniarka środowiskowa, w liczbie adekwatnej do aktualnego zapotrzebowania na zabiegi w domu pacjenta,
* Karetki – ambulanse wyjazdowe + przewozy do szpitala,
* Leki, środki opatrunkowe,
* System informatyczny, system recordingu, telefony, druki medyczne,
* Pełna sprawozdawczość elektroniczna oraz papierowa,
* Zarówno lekarz jak i pielęgniarka muszą posiadać aktualne prawo wykonywania zawodu.
1. Udzielanie świadczeń na podstawie wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 1.
2. Oferta musi zawierać następujące dokumenty:
* aktualny odpis z właściwego rejestru,
* aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
* kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
* kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
* podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
* oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 3.
1. Obsługa karetki lekarz/pielęgniarka
2. kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje (dyplom, tytuł naukowy, specjalizacja, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe),
3. kserokopię prawa wykonywania zawodu,
4. aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL, OIPiP
5. zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/),
6. kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
7. kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza i pielęgniarki,
8. zaświadczenie o szkoleniu BHP,
9. oświadczenie kandydata, iż nie jest pozbawiony prawa wykonywania zawodu,
10. aktualne zaświadczenie o niekaralności wystawione przez Krajowy Rejestr Karny.

**UWAGA**

WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (**KAŻDA STRONA DOKUMENTU**) PRZEZ OFERENTA.

**III. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Okres związania ofertą wynosi **30 dni** od daty upływu terminu składania ofert.
3. Oferent poniesie wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Oferta musi być napisana w języku polskim oraz podpisana przez oferenta.
5. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego w Bydgoszczy przy ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz, w Kancelarii Szpitala, bud. C, IIp., do dnia **20.04.2018r. do godz. 9:00**.
6. Oferta musi być oznaczona: „Świadczenia zdrowotne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”, „Konkurs ofert na wyjazdową opiekę lekarską i pielęgniarską”, na ofercie musi być umieszczone nazwisko i adres oferenta.
7. Oferty złożone po terminie składania ofert zostaną zwrócone bez otwierania.
8. Oferent nie może wycofać oferty i wprowadzać w niej zmian po upływie terminu składania ofert.
9. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego przy ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz w Bibliotece tj. bud. C, IIp. pokój nr 214, dnia **20.04.2018r. godz. 10.00**.
10. Zamawiający udzieli zamówienia oferentowi, którego oferta odpowiada zasadom określonym w specyfikacji oraz została uznana za najkorzystniejszą.
11. Do kontaktów z oferentami uprawniony jest Sekcja ds. Osobowych i Płac.

**IV. KRYTERIA WYBORU OFERTY**

1. W celu przeprowadzenia konkursu Ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne Udzielający zamówienia powołuje Komisję Konkursową.
2. Komisja Konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.
3. Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o złożoną dokumentację oraz informacje zawarte w formularzu ofertowym biorąc pod uwagę następujące kryteria:

DLA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYJAZDOWEJ OPIEKI LEKARSKIEJ I PIELĘGNIARSKIEJ

* **Pc - Cena – 50%**
* **Pd - Doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej– 50%**

gdzie:

* brak doświadczenia zawodowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej - 1 pkt
* doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej do lat 3 włącznie - 5 pkt
* doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej od 3 do 7 lat włącznie - 7 pkt
* doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej powyżej 7 lat - 10 pkt

Najkorzystniejsza oferta będzie ta, która zdobędzie największą liczbę punktów obliczonych wg wzoru:

* ***P = ( Pc x 0,50 ) + ( Pd x 0,50 )*** wyjazdowej opieki lekarskiej

gdzie:

 najniższa oferowana cena

Pc ……………………………… x 10

 cena porównywalnej ofert

 ilość pkt. przyznana za doświadczenie badanej oferty

Pd ………………………………………………………… x 10

 największa przyznana ilość pkt. za doświadczenie

**V. PROTESTY**

Oferentom, którzy ubiegać się będą o zamówienie przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

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

Podpis

**WOJEWÓDZKI SZPITAL OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY**

im. Tadeusza Browicza

ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz

NIP 554-22-12-988 REGON 000979188

TEL: +48 52 32-55-600; +48 52 32-55-650

**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**Umowa**

**o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej**

**zawarta w ……………………………………………….**

na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 poz. 217) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert pomiędzy:

**Wojewódzkim Szpitalem Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza,** z siedzibą przy ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz, nr REGON 000979188, o nr NIP 554-22-12-988,wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000063531 reprezentowanym przez: **Dyrektora Szpitala – mgr Grażynę Welter,** zwanym w treści umowy **„Udzielającym zamówienia”**,

a

**……………………………………………………**

**…………………………………………………….**

reprezentowaną przez:

z**wanym w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”,**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz pozostawanie w gotowości do udzielania tych świadczeń**.** Przyjmujący zamówieniewykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, które w szczególności polegają na leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami w komórkach organizacyjnych, o których mowa w pkt 2.
2. Miejscem udzielania w/w świadczeń opieki zdrowotnej jest:
3. Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza a w szczególności Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ul. Kurpińskiego 5, 85-096 Bydgoszcz;
4. miejsce zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, przy czym miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego jest …………………………………….

**§2**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że inne zawarte przez niego umowy lub umowy zawarte przez lekarzy udzielających świadczeń w imieniu Przyjmującego zamówienie nie utrudnią udzielania świadczeń zdrowotnych, jak również nie obniżą jakości udzielonych świadczeń objętych niniejszą umową.

**POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE**

**§3**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawienia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany w szczególności do:
4. zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 ust. 1, również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV. Minimalna kwota ubezpieczenia w zakresie udzielonego zamówienia musi być zgodna z wymogami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729),
5. dostarczenia kopii polisy jako załącznika do niniejszej umowy,
6. utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
7. zapewnienia stałego kontaktu telefonicznego z koordynatorem.

**§4**

Świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy w imieniu Przyjmującego zamówienie udzielać będą osoby wymienione w załączniku nr 1 stanowiącym integralną część niniejszej umowy.

**§5**

Strony ustalają, że nadzór merytoryczny i organizacyjny nad świadczeniami udzielanymi w ramach tej umowy sprawować będzie Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

**§6**

Przyjmujący zamówienie wykonuje czynności ustalone z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa zgodnie z zakresem ich kompetencji.

**§7**

Świadczenia objęte umową będą udzielane:

1. w formie dyżuru wyjazdowego:
* wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska
* od poniedziałku do piątku w godz. od 18:00 do 08:00 dnia następnego.
* w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy:

w godz. od 08:00 do 08:00 dnia następnego.

**§8**

Harmonogram dyżurów ustala koordynator po akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

**§9**

Spory kompetencyjne wynikłe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych pomiędzy Przyjmującym zamówienie, a innymi osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych będąrozstrzygane przez przedstawicieli obu stron przy udziale Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

**OBOWIĄZKI I PRAWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

**§10**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń,
2. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w:

a) wchodzącej w strukturę WSOZ Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

b) miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

**§ 11**

1. Przyjmujący zamówienie zastrzega sobie prawo do sporządzenia kopii dokumentów takich jak: karty konsultacyjne, raporty z dyżurów oraz innych dokumentów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Udostępnianie i przechowywanie kopii w/w dokumentów odbywa się na zasadach ogólnych obowiązujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.
2. Sporządzanie kopii dokumentów na potrzeby Przyjmującego zamówienie odbywać się będzie na jego koszt.

**§12**

Realizując świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy Przyjmujący zamówieniezobowiązuje się do:

1. dokładnego, starannego i systematycznego sporządzania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
2. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej oraz wykorzystywaniu swoich kwalifikacji zgodnie z postępem wiedzy medycznej przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków niezbędnych do udzielania określonego świadczenia zdrowotnego zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa,
3. prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
4. korygowania błędów występujących w sprawozdawczości statystycznej,
5. przestrzegania przepisów BHP i PPOŻ obowiązujących w WSOZ oraz posiadania i przedłożenia aktualnego zaświadczenia o szkoleniach z tego zakresu,
6. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, statutu, regulaminów oraz zarządzeń obowiązujących w WSOZ oraz dbania o mienie WSOZ ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego przy realizacji niniejszej umowy,
7. poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienia, a po uzyskaniu zgody Udzielającego zamówienia poddania się kontroli innych organów i osób,
8. poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy Udzielającego zamówienia z NFZ, na zasadach określonych w ustawie.
9. współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem Udzielającego zamówienia.

**OBOWIĄZKI I PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

**§13**

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do:
2. terminowej wypłaty należności za udzielone świadczenia zdrowotne,
3. zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi wymogami dla pomieszczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń socjalnych Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
5. udzielający zamówienia ponosi odpowiedzialność za stan sanitarny pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, za stan pomieszczeń socjalnych oraz stan sanitarny sprzętu i środków medycznych.

**ZASADY USTALANIA I TERMINY ZAPŁATY**

**ZA UDZIELONE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**§14**

1. Za świadczone usługi Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał należność w wysokości:
	* **Wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska**

Ryczałt miesięczny wynosi …………………………….., brutto

(słownie: …………………………………………………..brutto);

1. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
2. Przyjmujący zamówienie wystawia rachunek/fakturę, który należy doręczyć do Kancelarii WSOZ nie wcześniej niż 1-wszego i nie później niż 10-tego dnia po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego. Prawidłowo wystawiony rachunek/faktura po zatwierdzeniu przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa jest podstawą do wypłaty wynagrodzenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia rachunku/faktury przelewem na konto Przyjmującego zamówienie o numerze ……………………………..………. w …………………………………..
3. Do rachunku/faktury, o którym mowa w ust. 3 należy dołączyć miesięczne zestawienie dni i godzin udzielonych świadczeń, zatwierdzone pod względem merytorycznym przez pracownika Sekcji ds. Osobowych i Płac, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej mowy oraz Ewidencję Czasu Kontraktu załącznik nr 3.
4. Nieprawidłowo wystawiony rachunek/fakturę Udzielający zamówienia zwraca Przyjmującemu zamówienie w terminie 2 dni od dnia jego doręczenia.
5. Niezachowanie terminu złożenia rachunku/faktury oraz korekty rachunku/faktury za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej powoduje przedłużenie terminu zapłaty, o którym jest mowa ust. 3, do 21 dnia za wyjątkiem, gdy przyczyną nie złożenia w terminie rachunku/faktury lub korekty rachunku/faktury jest zawieszenie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej lub nagły przypadek losowy.
6. Przyjmujący zamówienie osobiście rozlicza się z tytułu podatków związanych z uzyskiwanymi z niniejszej umowy dochodami oraz z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
7. W przypadku nie zachowania terminów wypłaty określonych w niniejszej umowie Przyjmujący zamówienie może obciążyć Udzielającego zamówienia odsetkami ustawowymi.

**TERMIN OBOWIĄZYWANIA, ZMIANA I ROZWIĄZANIE UMOWY**

**§15**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od 01.05.2018r. do 31.12.2019r.
2. Umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:

a) za pisemnym porozumieniem stron umowy w uzgodnionym terminie,

b) za uprzednim 1-miesięcznym wypowiedzeniem w szczególności w razie okoliczności przewidzianych poniżej:

* wypowiedzenia umowy przez NFZ,
* określenie przez NFZ niższych stawek za świadczenie, niż zawartych w niniejszej umowie,
* ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
* nie przekazywania wymaganych sprawozdań, informacji, rozliczeń,
* uzasadnionych skarg pacjentów, gdy wynikają one z rażącego naruszenia przepisów;

c) na piśmie ze skutkiem natychmiastowym z powodu:

* rażącego naruszenia obowiązujących w WSOZ przepisów,
* nie doręczenia przez Przyjmującego zamówienie w ciągu 14 dni od podpisania niniejszej umowy kopii polisy ubezpieczenia OC lub nie dostarczenia kopii nowej polisy tego ubezpieczenia w przypadku upływu terminu obowiązywania poprzedniej polisy.

**KONTROLA**

**§16**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli ze strony Udzielającego zamówienia, osób przez niego upoważnionych oraz ze strony podmiotu kontrolującego Udzielającego zamówienia w szczególności w zakresie:
2. zakresu, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
3. prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
4. przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń Udzielającego zamówienia.
5. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy Udzielającego zamówienia zawarte z NFZ.

**§17**

1. W przypadku nie przestrzegania zakresu czynności przez osobę udzielającą świadczeń w imieniu Przyjmującego zamówienie a w szczególności: (zaniechanie, niedbalstwo, wina umyślna itp.), Udzielający zamówienie może wymierzyć karę umowną w wysokości do 20 % wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc przysługującego tej osobie.
2. W przypadku ponownego, rażącego naruszenia obowiązków wynikających z zakresu czynności, Udzielający zamówienie ma prawo wymierzyć karę umowną w wysokości do 50% wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc przysługującego tej osobie, która udzielając świadczeń w imieniu Przyjmującego zamówienie dopuściła się ponownego naruszenia obowiązków.
3. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w pierwszym terminie płatności.

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODĘ**

**§18**

Udzielający zamówienia i realizujący świadczenia zdrowotne w imieniu Przyjmującego zamówienie lekarze i pielęgniarki wymienieni w § 4 ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§19**

Przyjmującego zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich opiekunów z tytułu udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy w obiektach Udzielającego zamówienia, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

**§20**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejsza umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy powołane na wstępie umowy.
3. Spory wynikające z niniejszej umowy Strony będą rozstrzygały w drodze negocjacji, a w braku porozumienia spory rozstrzyga właściwy miejscowo sąd.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienie

 ………………………………… ……………………………..

**WOJEWÓDZKI SZPITAL OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY**

im. Tadeusza Browicza

ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz

NIP 554-22-12-988 REGON 000979188

TEL: +48 52 32-55-600; fax: +48 52 32-55-650

**Załącznik nr 1 do Umowy**

**LISTA LEKARZY I PIELĘGNIAREK**

**UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W IMIENIU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | Stanowisko | Nr prawa wykonywania zawodu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Załącznik nr 2 do Umowy

**…………………………………….**

**Imię i nazwisko**

**……………………………………………………………………………**

**Miesiąc, rok**

|  |
| --- |
| **MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ** |
| **L.p.** | **Data** | **od godz.** | **do godziny** | **Kwota świadczenia w ramach dyżuru od poniedziałku do piątku** | **Kwota świadczenia w ramach dyżuru w soboty niedziele i święta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Razem ilość świadczeń |  |  |
| Razem koszt świadczeń |  |  |

……………………………………………………….

podpis Udzielającego zamówienia

**Załącznik nr 3 do Umowy**

**…………………………………….**

**Imię i nazwisko**

**……………………………………………………………………………**

**Miesiąc, rok**

|  |
| --- |
| **EWIDENCJA CZASU KONTRAKTU** |
| **L.p.** | **Data** | **od godz.** | **do godziny** | **Ilość godzin**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem ilość godzin |  |

……………………………………………………….

podpis Udzielającego zamówienia

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

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

Nazwa oferenta

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

adres oferenta

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

telefon oferenta

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny

im. Tadeusza Browicza

ul. Św. Floriana 12

85-030 Bydgoszcz

**OFERTA**

Nawiązując do ogłoszenia w konkursie na udzielanie świadczeń wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym oferuję:

1. Kwotę należności:
* **Wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska**

Ryczałt miesięczny wynosi ……………………………………….……………………..…..zł., brutto

(słownie :…………………………………..………..) brutto;

1. Doświadczenie:
* **Doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej (proszę podać w latach)**

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

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

1. Zapoznałem/łam się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz posiadam wszystkie niezbędne informacje i środki do przygotowania oferty,
2. Uważam się za związanego/ą ofertą w czasie 30 dni od daty upływu terminu do składania ofert,
3. Akceptuję załączony projekt umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej bezwarunkowego podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
4. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
5. Proponuję czas trwania umowy od ……………….……. do……………………… .

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

 miejscowość, data podpis oferenta

Załączam:

- aktualny odpis z właściwego rejestru,

- aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

- kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,

- kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,

- podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,

- oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 3.

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

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

Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

 Oświadczam, iż moim nr konta na który należy dokonywać wpłat z tytułu umowy cywilno – prawnej jest ……………………...……………….............................………………………………….. w banku ....................................................................................................................................................

 ………………………………………… ………………………………………

 miejsce i data czytelny podpis