**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**

**Nr K/SZP\_23/2023/NPL/LEK**

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz, REGON 000979188, NIP 554-22-12-988, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000063531, CPV 85100000-0 usługi ochrony zdrowia, 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. Stacjonarnej opieki lekarskiej (pediatrzy i interniści) w miejscu udzielania świadczeń w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza w szczególności w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ul. Kurpińskiego 5, 85-096 Bydgoszcz
2. Umowa na udzielanie świadczeń zawarta zostanie na okres 24 miesięcy.

**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. O udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych ubiegać się mogą lekarze którzy spełniają następujące warunki:
	* 1. lekarze (pediatrzy i interniści), w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu,
		2. świadczenia zdrowotne udzielane będą w ramach stacjonarnej opieki lekarskiej (lekarze pediatrzy i interniści) w miejscu udzielania świadczeń w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza a w szczególności w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ul. Kurpińskiego 5, 85-096 Bydgoszcz,
		3. świadczenia zdrowotne udzielane będą adekwatnie do aktualnego stanu zapotrzebowania, w odniesieniu do zachorowalności pacjentów.
2. Udzielanie świadczeń na podstawie wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 1.
3. Oferta musi zawierać następujące dokumenty:
	* 1. kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje (dyplom, tytuł naukowy, specjalizacja, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe),
		2. kserokopię prawa wykonywania zawodu,
		3. aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL,
		4. zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/),
		5. kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
		6. kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza oraz skierowanie,
		7. zaświadczenie o szkoleniu BHP/poż,
		8. podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
		9. informację RODO załącznik nr 3,
		10. oświadczenie załącznik nr 4,
		11. oświadczenie o nr konta stanowiącego załącznik nr 5,
		12. oświadczenie, iż oferent nie jest pozbawiony prawa wykonywania zawodu załącznik nr 6.

**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 **20 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.
6. Oferta musi być oznaczona: „Świadczenia zdrowotne w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: stacjonarnej opieki lekarskiej (pediatrzy i interniści)”, 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 bud. C, Ip. pokój nr 104.
10. Zamawiający udzieli zamówienia oferentowi, którego oferta odpowiada zasadom określonym w specyfikacji oraz została uznana za najkorzystniejszą.
11. Do kontaktów z oferentami uprawniona 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:

Lekarze (pediatrzy i interniści)

* **Pc - Cena – 60%**
* **Pd - Doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego pediatrycznego lub internistycznego – 40%**

gdzie:

* brak doświadczenia zawodowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru pediatrycznego lub internistycznego - 1 pkt
* doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego pediatrycznego lub internistycznego do lat 3 włącznie - 5 pkt
* doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego pediatrycznego lub internistycznego od 3 do 7 lat włącznie - 7 pkt
* doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego pediatrycznego lub internistycznego powyżej 7 lat - 10 pkt

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

* ***P = ( Pc x 0,60 ) + ( Pd x 0,40 )***

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

Najkorzystniejsza oferta może zdobyć maksymalnie 10 pkt.

1. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższy kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej postępowanie ulega unieważnieniu.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość wyboru kilku ofert w celu wykonania całości zamówienia.

**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. 2020.1398 t.j.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 Nr 711).

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

Podpis

Załącznik nr 1 do SIWZ

**Umowa nr ……………………… (projekt)**

**o udzielanie świadczeń zdrowotnych stacjonarnej opieki lekarskiej**

**zawarta w dniu ……………………………..2023 roku**

 **z zakresu:** Stacjonarnej opieki lekarskiej w miejscu udzielania świadczeń w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza w szczególności w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ul. Kurpińskiego 5, 85-096 Bydgoszcz,

na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 poz. 711) 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, 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

**Panią/Panem ………………………………………lekarzem pediatrą/lekarzem internistą**

Prowadzącym działalność……………………..………………………………………………..

**zwaną/-ym w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”,**

o następującej treści:

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy (pediatrów i internistów) w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. 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:

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza, wraz ze wszystkimi zakładami wchodzącymi w jego skład a w szczególności w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ul. Kurpińskiego 5, 85-096 Bydgoszcz,

**§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 swoje kwalifikacje zawodowe lekarza do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany 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.

**§4**

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

**§5**

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

**§6**

Świadczenia objęte umową będą udzielane:

* 1. w formie dyżuru stacjonarnego:
	2. od poniedziałku do piątku w godz. od 18:00 do 08:00 dnia następnego.
	3. w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy:

w godz. od 08:00 do 20:00 i od 20:00 do 08:00 dnia następnego.

**§7**

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

**§8**

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**

**§9**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z harmonogramem ustalającym terminy udzielania tych świadczeń,
2. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szczególności w wchodzącej w strukturę WSOZ Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ul. Kurpińskiego 5, 85-096 Bydgoszcz.

**§10**

Realizując świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy Przyjmujący zamówieniezobowiązuje się w szczególności 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 Udzielającego zamówienia niezbędnych do udzielania określonego świadczenia zdrowotnego zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa,
3. wskazania zastępstwa w przypadku braku możliwości osobistego udzielania świadczeń (w dniu dyżuru wyznaczonym w harmonogramie) z powodu choroby, wyjazdu lub innej okoliczności uzasadniającej nieobecność, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek powierzyć udzielanie świadczeń swojemu zastępcy, który będzie posiadał kwalifikacje oraz doświadczenie odpowiednie do wykonywania świadczeń zawartych w umowie, po uprzednim powiadomieniu Udzielającego zamówienia i za jego zgodą,
4. prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz przekazywania raportów udzielanych świadczeń Udzielającemu zamówienie,
5. posiadania i przedłożenia Udzielającemu zamówienia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do udzielania świadczeń objętych umową,
6. przestrzegania przepisów BHP i p/poż obowiązujących w WSOZ oraz posiadania i przedłożenia aktualnego zaświadczenia o szkoleniach z tego zakresu,
7. przestrzegania przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej, statutu, regulaminów oraz zarządzeń obowiązujących w WSOZ oraz dbania o mienie WSOZ ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego przy realizacji niniejszej umowy,
8. poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienia, a po uzyskaniu zgody Udzielającego zamówienia poddania się kontroli innych organów i osób,
9. poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy Udzielającego zamówienia z NFZ, na zasadach określonych w ustawie,
10. współdziałania z innymi osobami realizującymi świadczenia zdrowotne oraz kierownictwem Udzielającego zamówienia.

**OBOWIĄZKI I PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

**§11**

Udzielający zamówienia zobowiązuje się do:

1. terminowej wypłaty należności za udzielone świadczenia zdrowotne,
2. zapewnienia nieodpłatnego korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej, środków farmaceutycznych, materiałów medycznych i artykułów sanitarnych nieodpłatnie w zakresie niezbędnych do prawidłowej realizacji niniejszej umowy,
3. zapewnienia nieodpłatnie druków związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej i statystyki,
4. zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi wymogami dla pomieszczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
5. zapewnienia nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń socjalnych Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
6. nieodpłatnego konserwowania i naprawy sprzętu i aparatury medycznej oraz utrzymywania go w odpowiednim stanie technicznym,
7. 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**

**§12**

1. Za świadczone usługi Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał należność w wysokości:
2. za jeden dyżur zwykły (14 godzinny) ………………………………. zł. brutto

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

1. za jeden dyżur w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy (12 godzinny)

……………………………………………………………..…..…….... zł. brutto

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

1. Należność za dany okres rozliczeniowy stanowi iloczyn ilości dyżurów i kwoty za dany dyżur.
2. Wynagrodzenie nie podlega waloryzacji oraz uwzględnia wszystkie wymagane opłaty i koszty.
3. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy o ile rozwiązanie umowy nie nastąpi wcześniej.
4. 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 lub rozwiązania umowy. 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:

………………………………………………………………………………………………………

1. Do rachunku/faktury należy dołączyć miesięczne zestawienie ilości poszczególnych dyżurów według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej mowy oraz Ewidencję Czasu Kontraktu załącznik nr 2.
2. Nieprawidłowo wystawiony rachunek/fakturę Udzielający zamówienia zwraca Przyjmującemu zamówienie w terminie 2 dni od dnia jego doręczenia.
3. Niezachowanie terminu złożenia rachunku/faktury oraz korekty rachunku/faktury za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej powoduje przedłużenie terminu zapłaty, o którym jest mowa ust. 3, 4 do 21 dni za wyjątkiem, gdy przyczyną nie złożenia w terminie rachunku/faktury lub korekty rachunku/faktury jest zawieszenie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej lub nagły przypadek losowy.
4. Przyjmujący zamówienie osobiście rozlicza się z tytułu podatków związanych z uzyskiwanymi z niniejszej umowy dochodami oraz z tytułu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.
5. W przypadku nie zachowania terminów wypłaty określonych w niniejszej umowie Przyjmujący zamówienie może obciążyć Udzielającego zamówienia odsetkami ustawowymi.

**TERMIN OBOWIĄZYWANIA, ZMIANA I ROZWIĄZANIE UMOWY**

**§13**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od ………………. do ……………….r.
2. Umowa wygasa z dniem ……………………r.
3. Umowa może być rozwiązana przez Udzielającego zamówienia / Przyjmującego zamówienie przed upływem terminu:

a) za pisemnym porozumieniem stron umowy w uzgodnionym przez strony terminie,

b) za uprzednim 1-miesięcznym wypowiedzeniem złożonym na koniec miesiąca lub w razie okoliczności przewidzianych poniżej w szczególności:

* wypowiedzenia umowy przez NFZ,
* określenie przez NFZ niższych stawek za świadczenia przewidziane 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.
1. Przyjmujący zamówienie może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca, w razie nie wypłacenia lub nieterminowego wypłacania należności przez Udzielającego zamówienia. Wypowiedzenie umowy przez Przyjmującego zamówienie dla swej skuteczności powinno być poprzedzone pisemnym wezwaniem o zapłatę zaległej należności, skierowanym do Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie może wypowiedzieć umowę przed terminem określonym w § 13 z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca, w przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających Udzielającemu zamówienie wykonanie postanowień umowy.

**KONTROLA**

**§14**

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 i jej przekazywania Udzielającemu zamówienie,
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.

**§15**

**ODPOWIEDZIALNOŚC ZA SZKODĘ**

1. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie obowiązków określonych niniejszą umową Udzielający zamówienia może wymierzyć Przyjmującemu zamówienie karę pieniężną za każde naruszenie w wysokości do 50% wynagrodzenia określonego w § 12.1.
2. W kolejnym okresie rozliczeniowym w przypadku ponownego rażącego naruszenia obowiązków Udzielający zamówienia ma prawo wymierzyć karę w wysokości miesięcznego wynagrodzenia określonego w § 12.1.
3. Egzekucja kary pieniężnej może nastąpić poprzez jej potrącenie z wynagrodzenia przysługującego Przyjmującemu zamówienie na co on wyraża zgodę.
4. Jeżeli kara umowna nie pokryje szkody Udzielający zamówienia ma prawo żądania odszkodowania na zasadach ogólnych.

**§16**

Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§17**

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.

**§18**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz innych przepisów a w szczególności: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 Nr 711), Ustawa z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2020.1398 ze zm).
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

 ………………………………… ……………………………..

**Załącznik nr 1 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 2 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

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

adres mail:

Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny

im. Tadeusza Browicza

ul. Św. Floriana 12

85-030 Bydgoszcz

OFERTA

DANE OFERENTA

1. PEŁNA NAZWA OFERENTA ORAZ ADRES (zgodnie z właściwym rejestrem):

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

REGON: …………………………………………………….……………………………….………….

NIP: ………………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy: …………………………………………………………………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza oferuję:

1. Kwotę należności:
* **Lekarz pediatra / lekarz internista** (proszę podkreślić właściwe)

Ryczałt podstawowy za jeden dyżur zwykły (14 godzinny) wynosi …………………..…..………..zł., brutto (słownie :……………………………………………………………..……….…… …..) brutto;

Ryczałt podstawowy za jeden dyżur w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy (12 godzinny)

wynosi …………………………………………………………..……………………………zł., brutto

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

1. Doświadczenie:
* **Doświadczenie zawodowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego (pediatrycznego / internistycznego) – proszę podać w latach**

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

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

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

1. Tytuł specjalisty w dziedzinie: …………………………………………………………………….
2. Odbywam szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: ………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

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 20 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……………………… .
6. Oświadczam, iż WSOZ jest moim podstawowym / dodatkowym miejscem pracy (właściwe podkreślić).

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

 miejscowość, data podpis oferenta

Załączam:

a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje (dyplom, tytuł naukowy, specjalizacja, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe),

b) kopię prawa wykonywania zawodu,

c) aktualny odpis z właściwego rejestru w OIL,

d) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/ ),

e) kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,

f) kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze lekarza,

g) zaświadczenie o szkoleniu BHP, p/poż,

h) podpisany formularz oferty stanowiącego załącznik nr 2,

i) informację RODO załącznik nr 3,

j) oświadczenie załącznik nr 4,

k) oświadczenie o nr konta stanowiącego załącznik nr 5,

l) oświadczenie, iż oferent nie jest pozbawiony prawa wykonywania zawodu załącznik nr 6.

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**INFORMACJA**

**Zgodnie z art. 13 RODO informuję, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy, przy ul. Św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia niniejszego konkursu ofert.
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
4. Podanie danych osobowych jest niezbędne do przeprowadzenia niniejszego konkursu ofert.
5. Podstawą przetwarzania Pan/Pani danych osobowych jest art. 6 ust. 1 pkt a RODO.
6. Pana/Pani dane będą udostępniane innym odbiorcom, w przypadku:
7. gdy taki obowiązek wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
8. innym podmiotem i osobom, jeżeli Pan/Pani wyrazi na to odrębną zgodę;
9. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres przez okres 3 lat, licząc od roku następującego po roku przeprowadzenia konkursu ofert.
10. Posiada Pan/Pani prawo, na zasadach określonych w RODO, do:
11. żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych,
12. żądania ich sprostowania;
13. żądania ich usunięcia,
14. żądania ograniczenia ich przetwarzania
15. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
16. przenoszenia danych,
17. wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
18. prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
19. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne lecz jest wymogiem niezbędnym do przeprowadzenia konkursu ofert; w przypadku niepodania danych oferta nie zostanie uwzględniona.
20. Pana/Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

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

(data, podpis oferenta)

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

………………………………….. ……………………………………

ul. ………………………………

………………………………….

tel: ………………………………

adres e-mail: ……………………

**OŚWIADCZENIE**

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w złożonej ofercie pracy dla potrzeb procesu rekrutacji - zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r. poz. 1000 z późn. zm).

**Załącznik nr 5 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

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

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

Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

 Oświadczam, iż nie jestem pozbawiony prawa wykonywania zawodu.

 ………………………………………… ………………………………………

 miejsce i data czytelny podpis