

**OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Na podstawie: art. 26, art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023. 991tekst jednolity z późn. zm.)

**I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

1. **Nazwa:** Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze
2. **Adres:** ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, tel: (0-41) 34-655-45

**II. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylovanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego ( kod CPV: 85140000-2 Różne usługi w dziedzinie zdrowia).**

2. Umowa zostanie zawarta na czas określony – od 01.02.2024r. do 31.01.2027r.

**III. POZOSTAŁE INFORMACJE**

1. **Warunki udziału:** w konkursie mogą wziąć udział oferenci, którzy spełniają wymagania określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (zwanych dalej: **SWKO**).

**IV. TRYBY**

1. **Tryb udzielenia zamówienia:** konkurs ofert

2. **Kryteria oceny ofert:** cena, jakość, kompleksowość, ciągłość, dostępność

Udzielający zamówienie ma prawo przyjąć ofertę w części.

3. Warunki uzyskania specyfikacji istotnych warunków zamówienia, obowiązujących formularzy ofertowych: bezpłatnie – w siedzibie Udzielającego Zamówienia, do pobrania ze strony internetowej Udzielającego Zamówienia.

4. Sposób składania oferty: forma pisemna

5. **Termin składania ofert: 19 stycznia 2024r. do godziny 10.00** w siedzibie Udzielającego zamówienia (Sekretariat) lub listownie na adres:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze

ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny (liczy się data doręczenia – nie data nadania).

6. Termin związania ofertą: 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

7. **Otwarcie ofert: nastąpi: 19 stycznia 2024r.** - godzina 12.00 w siedzibie Udzielającego zamówienia.

8. **Ogłoszenie wyników:** nie później niż w ciągu 2 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu o czym Udzielający Zamówienia ogłosi na tablicy ogłoszeń.

9. Udzielający zamówienia zastrzega sobie, bez podania przyczyny, prawo do odwołania konkursu w całości lub w części oraz do przedłużenia terminu składania ofert lub rozstrzygnięcia konkursu, a także do zmiany SWKO lub ogłoszenia w zakresie nie dotyczącym kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od składających ofertę.

**V. Inne informacje:** ogłoszenie zamieszczono: na stornie internetowej [www.czerwonagora.pl](http://www.czerwonagora.pl)

D Y R E K T O R  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. św. Rafała w Czerwonej Górze  
Youssef Sleiman

**Załącznik nr 1 do SWKO**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze  
ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny  
FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH**

Przez lekarza w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze wentylovanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

**Oznaczenie oferenta:**.....

**Adres do korespondencji:** .....

**Tel.:** .....

**UWAGA:**

1.Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.

2.Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.

3.Do oferty należy załączyć:

3.1.kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP,

3.2.kserokopię odpisu z właściwego rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,

3.3.Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.

3.4.Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej– dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.

3.5.Przez „Oferenta” należy każdorazowo rozumieć „Przyjmującego zamówienie”.

**Kryterium: CENA**

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylovanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego**, oczekuję zapłaty wg następujących stawek:

**A Lekarz**

Stawka:

1..... zł brutto przy dojazdach do pacjenta do 10 km,

2.....zł brutto przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km,

3.....zł brutto przy dojazdach do pacjenta powyżej 20 km.

.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się ponad 16 godzin na dobę – 100% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,

.....pacjenci nieinwazyjni wentylujący się od 8 do 16 godzin na dobę – 70% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,

..... pacjenci nieinwazyjni wentylujący się poniżej 8 godzin na dobę – 40% stawki

obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego.

B: Kryteria: Jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość:

1. w zakresie ww kryteriów oświadczam, że:

- w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam .....letnie doświadczenie zawodowe,
- posiadam następujące kwalifikacje zawodowe ( niezbędne uprawnienia, wykształcenia, specjalizacje, dodatkowe uprawnienia, odbyte szkolenia zawodowe, ukończone kursy specjalistyczne).....
- .....
- .....

-w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym zakresie :

przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

- 1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.2. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.3. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
- 1.4. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

na okres od 01.02.2024r. do 31.01.2027r.

na okres od.....do .....

inne warunki:.....  
.....

**UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

**Oświadczam, że:**

1/ świadczenia wykonywane będą w domu pacjenta, wymagającego stosowania wentylacji mechanicznej przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,

**oraz że zapoznałem się z treścią**

1. ogłoszenia i przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
2. Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
3. projektu umowy (Załącznik nr 3 do SWKO),

**akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.**

W przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuje się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO, oraz przystąpienia

do realizacji zamówienia.

**WYRAŻAM ZGODE/ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

**Adres e-mail:**

i/lub

**FAX:** \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

Lista załączników do Oferty:

Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 2**

.....  
Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE ZGODNOŚCI DANYCH PRZEDKŁADANYCH PRZEZ  
OFERENTA POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ**

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że personel udzielający świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia spełnia wymogi w zakresie kwalifikacji określone w Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

**Oświadczam, że:**

- nie jestem zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich.
- nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

Podpis Oferenta

.....

## Załącznik nr 4

### **KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).

3. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....  
(data i podpis)

### KLAUZULA INFORMACYJNA

W celu właściwej realizacji obowiązku informacyjnego określonego w przepisach art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. *w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* (dalej jako „**RODO**”) wyjaśnia się co następuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, tel. 41 34-655-45 do 48, [czerwonagora@czerwonagora.pl](mailto:czerwonagora@czerwonagora.pl), fax. 41 346 55 67, NIP: 9591289964, REGON: 000296213
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych wyznaczonego przez Szpital to: **Wiesław Loch, e-mail: [iod@czerwonagora.pl](mailto:iod@czerwonagora.pl)**
3. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane w Szpitalu wyłącznie w celach dokumentowania postępowania konkursowego oraz realizacji umowy - w przypadku akceptacji złożonej oferty i podjęcia współpracy ze Szpitalem.
4. Pozyskane przez Szpital Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez Szpital przez czasokres wskazany w przepisach prawa. Przysługuje Panu / Pani prawo skierowania wobec Szpitala żądania: sprostowania danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uzna Pan / Pani, iż Szpital nie przetwarza danych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
5. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają przekazywaniu do państw trzecich, ani zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (w tym profilowaniu).
6. W Szpitalu obowiązuje „Polityka realizacji praw i wolności osób, których dotyczą dane” dostępna u IOD, uwzględniająca m.in. przysługujące Pani/Panu, na zasadach określonych RODO, prawo: dostępu do treści swoich danych (art. 15 RODO), żądania sprostowania swoich danych (o ile są nieprawidłowe) oraz uzupełnienia niekompletnych danych (art. 16 RODO), usunięcia, ograniczenia przetwarzania tych danych, a także prawo wniesienia sprzeciwu, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w razie uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO.
7. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:
  - 1) podmiotom przetwarzającym je na podstawie umów ze Szpitalem;
  - 2) organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa (np. sądom, instytucjom państwowym, itp.), gdy wystąpią z takim żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.
8. W Szpitalu wdrożono zasady wynikające z RODO, w szczególności dotyczące minimalizacji celu przetwarzania danych, zasady zgodności z prawem i wprowadzonymi na jego podstawie wewnętrznymi procedurami.
9. W przypadku konieczności uzyskania dodatkowych informacji na temat ochrony danych osobowych, udzieli ich Inspektor Ochrony Danych wskazany w ust. 2 powyżej.

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (dalej jako: SWKO)  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH :**

Przez lekarza w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

**Podstawa prawna:** art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023. 991 tekst jednolity z późn. zm.)

**Termin składania ofert:** 19 stycznia 2024 roku do godziny 10.00

**Termin otwarcia ofert:** 19 stycznia 2024r. o godz. 12.00

**I.PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego ( kod CPV: 85140000-2 Różne usługi w dziedzinie zdrowia).**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno odbywać się każdorazowo zgodnie z aktualnymi wytycznymi NFZ odnoszącymi się do przedmiotu zamówienia.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju na podstawie umowy oraz harmonogramu przedstawianego każdorazowo Przyjmującemu zamówienie.
2. Zamówienie realizowane będzie na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszych SWKO.
3. Ostateczny kształt umowy zostanie odpowiednio dostosowany do formy prawnej działania Przyjmującego zamówienie.

**II.OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY:**

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony: od 01.02.2024r. do 31.01.2027r.
- 2.Udzielający Zamówienia zastrzega sobie możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju.
4. Świadczenia objęte niniejszym konkursem wykonywane będą w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienie. Udzielający Zamówienia może zlecić Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem postępowania także na rzecz innych komórek organizacyjnych, jeżeli potrzeba taka wynikać będzie z przyczyn dotyczących zmian organizacyjnych Udzielającego Zamówienia, zmian w



organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych lub w sytuacjach nadzwyczajnych.

5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do jednostronnej modyfikacji postanowień umowy w zakresie dotyczącym spraw organizacyjnych, sposobu rozliczeń finansowych, zakresu sprawozdawczości oraz innych zmian w treści umowy w trakcie jej realizacji, jeżeli konieczność wprowadzenia zmian wynikać będzie z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. Udzielający zamówienia może dokonywać zmiany umowy w przypadku zmiany powszechnie obowiązujących przepisów prawa ( np. prawo podatkowe, przepisy dot. ZUS itp.).

### III. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTA:

11. **Oferentem** ( zwanym dalej Przyjmującym Zamówienie) może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny: **lekarz** specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz specjalista chorób płuc) (dalej jako: **Przyjmujący zamówienie**).
2. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

### IV. WYMAGANE DOKUMENTY:

Oferta musi zawierać:

#### 1. w przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

1.1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub decyzję o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego podmiotu leczniczego poświadczające, że Oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu. Udzielający Zamówienia dopuszcza dostarczenie wpisu z Centralnej Ewidencji Informacji Działalności Gospodarczej lub wyciąg z KRS.

Z dokumentów powyższych musi wynikać, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictwa są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

1.2. decyzję wojewody o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dotyczy zakładów opieki zdrowotnej.

#### 2. w przypadku podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej:

2.1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, REGON oraz NIP,

2.2. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich.

3. Kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:

- dyplom potwierdzający kwalifikacje ukończenia studiów/ dyplom uzyskania tytułu zawodowego,
- prawo wykonywania zawodu,
- pozostałe dokumenty potwierdzające kwalifikacje, w tym dyplomy specjalizacji, kursy, szkolenia, itd ) .

4. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz oświadczenie zgodności danych przekładanych przez oferenta pod rygorem

odpowiedzialności karnej ( dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.

- a. kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
- b. potwierdzenie odbytych szkoleń bhp oraz posiadania aktualnych i wymaganych badań profilaktycznych ( zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku tzw. zdolność do pracy - możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
- c. wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik nr 1, zaparafowany projekt Umowy (załącznik nr 3),
- d. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i umowy i zaakceptowaniu projektu umowy w zakresie oferowanych świadczeń - załącznik nr 2.
- e. oświadczenie oferenta, który udzielać będzie świadczeń zdrowotnych, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów realizacji umowy – załącznik nr 4.

#### **V. KRYTERIA OCENY ZŁOŻONYCH OFERT:**

Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami: **wysokość wynagrodzenia** zaoferowana przez Przyjmującego zamówienie **cena, jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość.**

Cena – 60 pkt,

Jakość – 10 pkt,

Kompleksowość – 10 pkt,

Dostępność – 10 pkt,

Ciągłość – 10 pkt.

Udzielający zamówienia może dokonać wyboru więcej, niż jednej oferty, do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.

Udzielający zamówienia może przyjąć ofertę w części.

Udzielający zamówienia może przyjąć ofertę w części.

Kryteria oceny:

**A - Wysokość wynagrodzenia (Cena)** Przyjmującego zamówienie, całkowity koszt uwzględniający kalkulację elementów należności i opłaty dodatkowe, jakie ponosi Oferent, rozumianego jako obliczona na zasadach poniżej wartość punktowa następujących wynagrodzeń (podanych w formularzu ofertowym stawek brutto):

Sposób obliczania liczby punktów (LP) dla najniższego wynagrodzenia (Ceny) - według poniższego wzoru:

rium: **Cena**  $\frac{\text{najniższa oferowana cena spośród ważnych ofert}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 60 \% \times 100$   
ażnik A liczony ze wzoru:

W przypadku złożenia większej liczby ofert Udzielający zamówienia dokona wyboru ofert na podstawie ustalonego rankingu ofert (rozpoczynając od ofert z najwyższą liczbą punktów), do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.

**Za kryterium (cena) uzyskać można maksymalnie do 60 punktów.**

**B - Opis kolejnych kryteriów oceny ofert (jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość):**

1. Oceniając **jakość i kompleksowość** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za doświadczenie Przyjmującego zamówienie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, w następującej wysokości:

1.1. **jakość**

poniżej 5 lat doświadczenia – **1 pkt.**

5-10 lat doświadczenia – **5 pkt.**

powyżej 10 lat doświadczenia – **10 pkt.**

1.2. **kompleksowość**

Lekarz:

1.1. Lekarz specjalista anestezyjologii lub anestezyjologii i reanimacji lub anestezyjologii **10 pkt.**

1.2. Lekarz specjalista II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób płuc – **5 pkt.**

2. Oceniając **dostępność** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej minimalnym zakresie:

przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.2. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.4. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem, - **10 pkt;**

2. inne warunki przeprowadzania wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu – **0 pkt**

3. Oceniając **ciągłość** Udzielający zamówienia przyznaje punkty za okres trwania umowy Przyjmującego zamówienie:

1. okres trwania umowy mniej niż 3 lata – **5 pkt**

2. okres trwania umowy 3 lata – **10 pkt**

**Za w/w 4 kryteria (jakość kompleksowość, dostępność, ciągłość) uzyskać można maksymalnie do 40 punktów.**

**Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria (do 100 punktów).**

**UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

#### **SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na dany zakres świadczeń zdrowotnych, przy czym dopuszczalne jest złożenie oferty na więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych, oferent składa odrębny Formularz Ofertowy (Załącznik nr 1 do niniejszych SWKO) dla każdego zakresu świadczeń zdrowotnych, a także, w przypadku wymagania różnych specjalizacji, odrębne dokumenty potwierdzające uzyskanie tytułu specjalisty.
3. Oferta powinna być złożona w formie pisemnej, na Formularzu Ofertowym, stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych SWKO, wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami, zgodnie z określonymi w niniejszym dokumencie warunkami. Treść oferty musi odpowiadać wymogom SWKO.
4. Wynagrodzenie powinno zostać zawarte w Formularzu Ofertowym, stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO, i wyrażone każdorazowo w złotych polskich brutto (PLN).
5. Ofertę należy sporządzić w języku polskim.
6. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty muszą być podpisane i potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.
7. Wszelkie zmiany i poprawki w tekście oferty muszą być czytelne i parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
8. Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent (niezależnie od wyniku niniejszego postępowania konkursowego).

#### **MIĘJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:**

Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, w zaklejonej kopercie w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do daty otwarcia ofert, należy złożyć do dnia 19.01.2024r. do godziny 10.00 w siedzibie Udzielającego zamówienia lub przesłać na adres:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze  
ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny (liczy się data doręczenia).

Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

„Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

Nie otwierać do dnia 19.01.2024 r. do godziny 12.00”.

**Na kopercie należy umieścić dane identyfikacyjne Oferenta.**

**Brak jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub załącznika do Oferty, złożenie w sposób niezgodny z wymaganiami, bądź w niewłaściwej formie np: podpisanie przez osobę nieuprawnioną spowoduje odrzucenie oferty.**

Celem dokonania zmian bądź poprawek, Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego terminu i zachowania formy pisemnej.

Oferta złożona po terminie zostanie odrzucona zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wybór drogi pocztowej dostarczenia oferty następuje na ryzyko Oferenta (liczy się data wpływu do Udzielającego zamówienie – nie data nadania czy przekazania kurierowi itp.).

### **MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

Otwarcie ofert w konkursie: odbędzie się w dniu **19.01.2024r. o godz. 12.00.**

### **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, przy czym bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

### **TRYB I ZAKRES PRAC KOMISJI KONKURSOWEJ**

Konkurs przeprowadza Komisja powołana zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Do chwili otwarcia ofert Udzielający Zamówienia przechowuje je w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.

Z przebiegu konkursu Komisja konkursowa sporządza protokół.

Prace Komisji odbywają się w części jawnej i w części zamkniętej. Oferenci mogą być obecni na części jawnej.

Komisja konkursowa, mając na celu rozstrzygnięcie konkursu ofert, dokonuje następujących czynności w części jawnej:

- a) Stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
- b) Otwiera koperty z ofertami;
- c) Ogłasza oferentom, które oferty spełniają warunki SWKO, a które zostały odrzucone.

Oferent może być obecny w części jawnej konkursu. Komisja konkursowa w części zamkniętej posiedzenia, bez udziału Oferentów, dokonuje następujących czynności:

- a) Ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert;
- b) Odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom SWKO;
- c) Przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
- d) Wybiera ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

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.

## **ROZSTRZYGNIECIE KONKURSU**

Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego lub odwołanie konkursu, Komisja ogłasza o rozstrzygnięciu konkursu. Z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego następuje jego zakończenie.

1. Komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i ich dostępność.
2. Komisja może nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Szpitala. Dyrektor Szpitala może odmówić zatwierdzenia wyników konkursu w przypadku stwierdzenia błędów postępowania konkursowego co skutkuje zakończeniem postępowania bez dokonania wyboru ofert.
4. Ogłoszenie wyników konkursu wywiesza się na tablicy ogłoszeń w terminie 2 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
5. Postępowanie konkursowe zostanie unieważnione, zgodnie z art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gdy nie zostanie zakończone wyłonieniem żadnej oferty.
6. Komisja może nie dokonać wyboru żadnej ze złożonych ofert / wybrać tylko niektóre oferty, jeżeli z pozostałych nie wynika możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub złożone oferty przekraczają możliwości sfinansowania przez Udzielającego zamówienia.

## **ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. Na mocy art. 154 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Oferent może złożyć umotywowane odwołanie do Udzielającego Zamówienia dotyczących rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia wyników.
2. Do chwili rozstrzygnięcia odwołania, Udzielający Zamówienia nie może zawrzeć umowy.
3. Odwołanie zostanie rozstrzygnięte najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia rozumianej jako dzień doręczenia Udzielającemu Zamówienia.
4. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - a) wybór trybu postępowania;
  - b) niedokonanie wyboru Oferenta;
  - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - d) odwołania niniejszego konkursu przez Udzielającego zamówienia.

5. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
6. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
7. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie umieszcza się na stronie internetowej [www.czerwonagora.pl](http://www.czerwonagora.pl).
9. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
10. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Dyrektora Udzielającego zamówienia, w terminie do 7 dni od dnia ogłoszenia o wyniku postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu ofert. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
11. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

#### **ZAWARCIE UMOWY**

- a) Zawarcie umowy o realizację świadczeń zdrowotnych, których dotyczy konkurs ofert, nastąpi w ciągu 30 dni od dnia otwarcia ofert. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielanie przedmiotowego zamówienia.
- b) Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia może wybrać najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert prawidłowo złożonych.

#### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE:**

1. Udzielający zastrzega sobie prawo odwołania konkursu w całości lub w części bez podania przyczyny.
2. Osobą do kontaktu ze strony Udzielającego zamówienia jest: Katarzyna Resztak, Kierownik Działu Kadr, tel: (041) 34-655-45 w. 230 mail: [k.resztak@czerwonagora.pl](mailto:k.resztak@czerwonagora.pl)
3. Zapytania do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert można składać nie później niż na 3 dni przed terminem wyznaczonym na składanie ofert.
4. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym dokumencie oraz załącznikach do niego stosuje się odpowiednie przepisy prawa.

#### **Załączniki:**

1. Formularz ofertowy - Załącznik nr 1.
2. Oświadczenie - Załącznik nr 2.
3. Wzór umowy - Załącznik nr 3 (projekt).
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych – Załącznik nr 4
5. Wzór umowy powierzenia danych – Załącznik nr 5 (projekt)

DYREKTOR  
Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. św. Rafała w Czerwonej Górze  
*Youssef Sleiman*

## WZÓR UMOWY (projekt) Załącznik nr 3

UMOWA nr / UM/ 2024

o świadczenie usług lekarskich w zakresie opieki nad pacjentem wentylovanym w domu  
zawarta w dniu 2024r.

pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26 – 060 Chęciny wpisanym do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000009315, NIP 959-128-99-64, Świętokrzyski Urząd Skarbowy w Kielcach, Regon 000296213 zwanym dalej „**Udzielającym Zamówienia**”, reprezentowanym przez:

**Dyrektora Youssefa Sleimana,**

a

**lekarzem** posiadającą prawo wykonywania zawodu nr prowadzącą działalność gospodarczą jako adres., Regon, NIP wpisaną do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej pod nr zwanym w dalszej części umowy „**Przyjmującym Zamówienie**”.

### § 1

#### Podstawa zawarcia umowy:

Umowa zostaje zawarta w wyniku konkursu ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne przeprowadzonego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023r., poz. 991, t.j.).

### § 2

#### Przedmiot umowy:

Udzielający Zamówienia powierza, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylovanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

### § 3

#### Czas trwania umowy:

Umowa niniejsza zostaje zawarta od dnia , do dnia

### § 4

#### Terminy i warunki płatności:

1. Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta inwazyjnego Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę będącą iloczynem ilości dni opieki nad pacjentem w domu oraz przyjętej stawki za osobodzień:
  - 1.1. zł brutto ( słownie: zł) przy dojazdach do pacjenta do 10 km,
  - 1.2. zł brutto ( słownie: zł) przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km,
  - 1.3. zł brutto ( słownie: zł ) przy dojazdach do pacjenta powyżej 20 km.
  - 1.4. Zapłata nastąpi na podstawie rachunku wystawionego poprawnie przez Przejmującego Zamówienie do dnia 5 następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.
2. Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta nieinwazyjnego Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę odnoszącą się procentowo do stawek obliczanych dla pacjenta inwazyjnego w następujący sposób:



- 2.1. pacjenci nieinwazyjni wentylujący się ponad 16 godzin na dobę – 100% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,
- 2.2. pacjenci nieinwazyjni wentylujący się od 8 do 16 godzin na dobę – 70% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego,
- 2.3 pacjenci nieinwazyjni wentylujący się poniżej 8 godzin na dobę – 40% stawki obliczanej jak dla pacjenta inwazyjnego.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dostarczenia, wraz z rachunkiem o którym mowa w ust.1.4. Udzielającemu Zamówienia zestawienia z wykonanych czynności, potwierdzonych przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
4. Udzielający Zamówienia nie pokrywa kosztów dojazdu do pacjenta. Przyjmujący Zamówienie organizuje dojazd do pacjenta we własnym zakresie.
5. Honorarium wskazane w ust.1 i 2, stanowi całość należności za usługi świadczone przez Przyjmującego Zamówienie, a jego wypłata nastąpi tylko w przypadku wykonania świadczeń objętych umową.
6. Przyjmujący Zamówienie samodzielnie dokonuje rozliczeń za świadczone usługi, na podstawie odrębnych przepisów dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej i innych, obowiązujących w tym zakresie.
7. Okres rozliczeniowy wynosi **1 miesiąc**.
8. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek złożenia prawidłowo wypełnionego rachunku do **Działu Kadr Udzielającego Zamówienia do 5-go dnia po zakończeniu miesiąca kalendarzowego**.
9. Rachunek za wykonanie przedmiotu umowy powinien zawierać dane określone odrębnymi przepisami, w tym:
  - 9.1. imię i nazwisko / nazwę z adresem Przyjmującego Zamówienie,
  - 9.2.dane dotyczące nabywcy tj. Udzielającego Zamówienia z adresem,
  - 9.3.kolejny numer, który w sposób jednoznaczny identyfikuje fakturę,
  - 9.4.określenie miesiąca i roku w którym realizowane były świadczenia ( datę dokonania lub zakończenia wykonania usługi),
  - 9.5.ilosc (liczbę) i rodzaj wykonanych usług z podaniem ceny jednostkowej usługi,
  - 9.6.należność ogółem za wykonaną usługę wyrażoną liczbowo i słownie,
  - 9.7.datę wystawienia rachunku,
  - 9.8.pieczeń działalności Przyjmującego Zamówienie z numerem REGON i NIP,
  - 9.9.przepis ustawy na podstawie którego podatnik stosuje zwolnienie z podatku VAT,
  - 9.10 pełną nazwę i numer rachunku Przyjmującego Zamówienie,
  - 9.11.własnoręczny podpis Przyjmującego Zamówienie.
- 10.Należność z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy wypłacana będzie na konto bankowe wskazane każdorazowo na rachunku przez Przyjmującego Zamówienie.
- 11.Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie płatne do końca miesiąca, w którym został złożony rachunek. Jeżeli tym dniem będzie dzień świąteczny lub wolny od pracy, nastąpi przesunięcie terminu do pierwszego dnia roboczego.
- 12.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki.
- 13.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Udzielającego Zamówienie w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie przysługują odsetki przewidziane w ustawie z 08.03.2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych, w wysokości wyliczonej dla podmiotów leczniczych jako dłużników transakcji handlowych.

14. W przypadku błędnie wystawionego rachunku i braku wprowadzenia stosownych korekt w wyznaczonym terminie, lub złożenia rachunku po 10 dniu każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, należność będzie wyplacona z miesięcznym opóźnieniem.

15. Przeniesienie jakichkolwiek wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia, wyrażonej w sposób określony w art. 54 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej.

## § 5

### Warunki realizacji umowy:

1. Przyjmujący Zamówienie będzie realizował przedmiot umowy tj. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu poprzez:

przeprowadzanie wizyt lekarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.2. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.3. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na 2 tygodnie, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.4. nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych poniżej 8 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz na kwartał, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

1.5. maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależy jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

2. Do zakresu wizyt lekarskich należy:

2.1. diagnozowanie pacjentów – badania podmiotowe i przedmiotowe,

2.2. wydawanie zleceń diagnostycznych w zakresie pielęgniarstwi i lekarskim,

2.3. wykonywanie lekarskich zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,

2.4. nadzór nad zabiegami diagnostycznymi i terapeutycznymi wykonywanymi przez personel pielęgniarstwa oraz fizjoterapeutę,

2.5. kontrola skuteczności prowadzonej wentylacji mechanicznej,

2.6. kontrola sprawności sprzętu medycznego koniecznego do prowadzenia wentylacji mechanicznej,

2.7. ustalanie parametrów wentylacji mechanicznej,

2.8. nadzór nad prowadzoną wentylacją mechaniczną u pacjentów objętych opieką,

2.9. ustawiczne szkolenie chorych i ich opiekunów w zakresie wentylacji domowej,

2.10. systematyczne kontaktowanie się z Kierownikiem Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania w zakresie:

2.10.1. opracowania co 1 miesiąc Planu Wizyt Lekarskich oraz Planu Opieki nad Pacjentem (może być opracowany na okres dłuższy niż 1 miesiąc),

2.10.2. realizacji planu leczniczego u chorego wentylowanego,

3. stworzenie poczucia bezpieczeństwa poprzez telefoniczne zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu,

4. informowanie Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania o zmianach w stanie zdrowia chorego oraz o problemach w realizacji planu leczenia,

5. dokładne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej i sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz przesyłanie jej do Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania (w tym odnotowywanie wykonywanych czynności w karcie czynności z uwzględnieniem ich wykonania i pisemnym potwierdzeniem przez pacjenta lub jego rodziny, albo opiekuna faktycznego),

## § 6

1. W przypadku kiedy Przyjmującym Zamówienie jest lekarz zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, świadczenia będące przedmiotem umowy wykonywane będą poza jego godzinami pracy.
2. Pacjentów, którym należy udzielić świadczeń zdrowotnych wskazuje Kierownik Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

#### § 7

1. W razie zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności uniemożliwiających wykonywanie usługi medycznej Przyjmujący Zamówienie może za zgodą Udzielającego Zamówienia powierzyć wykonywanie swoich czynności osobie trzeciej, która w tym czasie zastępuje wyłącznie Przyjmującego Zamówienie.

1.1. W razie zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności ( np. zwolnienie lekarskie) Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek zapewnić zastępstwo na czas nieobecności po uzgodnieniu zastępstwa z Kierownikiem Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.

2. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany powiadomić na piśmie Udzielającego Zamówienie o przeniesieniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy na wskazaną osobę trzecią.

3. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za realizację przedmiotu umowy osoby trzeciej, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zastępstwie Przyjmującego Zamówienie.

#### § 8

1. W przypadku uzasadnionej, złożonej na piśmie skargi pacjenta, rodziny lub opiekuna pacjenta w sprawach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem skarg dotyczących zastosowanych metod leczenia, po rozpatrzeniu skargi i uznaniu jej za zasadną, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zapłacić Udzielającemu Zamówienia karę umowną w wysokości:

1.1. 10% miesięcznego wynagrodzenia w przypadku pierwszej skargi,

1.2. 20% miesięcznego wynagrodzenia w przypadku drugiej skargi,

1.3. 30% miesięcznego wynagrodzenia w przypadku trzeciej skargi.

2. Trzecia uzasadniona skarga pacjenta, członka rodziny lub opiekuna pacjenta stanowi podstawę dla Udzielającego Zamówienie do rozwiązania niniejszej umowy.

3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu Zamówienie karę umowną w wysokości:

3.1. 10% wynagrodzenia miesięcznego z tytułu nienależytego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy, tj. odmowy udzielenia świadczeń u pacjenta wskazanego przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania, nie realizowaniu zapisów § 9 umowy, błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej, stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienie, jak również NFZ.

3.2. Obniżenie wysokości zapłaty nie wyklucza możliwości rozwiązania umowy przez Udzielającego Zamówienie ze skutkiem natychmiastowym.

4. Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do potrącenia kwot kar umownych z bieżących należności Przyjmującego Zamówienie.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest uiścić kary nałożone przez właściwe organy i instytucje z tytułu nieprzestrzegania przez Przyjmującego Zamówienie przepisów związanych z realizacją niniejszych usług.

#### § 9

**Obowiązki Przyjmującego Zamówienie:**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada umiejętności i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń, zgodnie z obowiązującymi standardami, wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

#### § 10

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2019 r. poz. 866).
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy.
4. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie dostarczyć Udzielającemu Zamówienia.
5. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.

#### § 11

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do wykonania na własny koszt badań lekarskich i przedstawienia Udzielającemu Zamówienia zaświadczeń lekarskich o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń, kserokopii książeczki badań sanitarno – epidemiologicznych zawierających aktualne wpisy. W przypadku konieczności wykonania dodatkowych badań, wynikających z rodzaju wykonywanych czynności, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do pokrycia kosztów takich badań i przedstawienia Udzielającemu Zamówienia ewentualnych zaświadczeń.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie dostarczyć Udzielającemu Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do używania osobistej standardowej odzieży ochronnej i obuwia roboczego, które spełnia wymogi określone w Polskich Normach. Zakupu odzieży i obuwia roboczego Przyjmujący Zamówienie dokonuje na własny koszt.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że odbył we własnym zakresie i na własny koszt obowiązkowe przeszkolenie BHP i p.poż. Stosowne zaświadczenia Przyjmujący Zamówienie przedstawi do wglądu na każde żądanie Udzielającego Zamówienia.

#### § 12

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dokładnego, systematycznego i bieżącego prowadzenia dokumentacji medycznej ( m.in. zgodnie z procedurą PO-3a) i sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz dokumentacji wymaganej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także innej dokumentacji wynikającej z organizacji pracy w Dziale Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.

2. Dokumentacja medyczna, sprawozdawczość statystyczna oraz dokumentacja wymagana przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowić będzie dla Udzielającego Zamówienia informację o zakresie i sposobie realizacji umowy.

3. Dokumentacja o której mowa w ust. 1 powinna być przekazana Udzielającemu Zamówienia nie później niż w ciągu 3 dni po realizacji usługi na rzecz pacjenta.

4. Nie później niż do 3-go dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który ma zostać wystawiony rachunek, Udzielający Zamówienia wezwie Przyjmującego Zamówienie do uzupełnienia braków lub poprawienia dokumentacji medycznej. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek uzupełnić dokumentację nie później niż w ciągu 3 dni od wezwania lub w terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia. Nie uzupełnienie braków w wyznaczonym terminie spowoduje obniżenie wynagrodzenia zgodnie z § 8 Umowy.

### § 13

1. Przyjmujący Zamówienie wykonuje usługi medyczne, o których stanowi umowa, przy wykorzystaniu:
  - 1.1. bazy lokalowej Udzielającego Zamówienia,
  - 1.2. aparatury i sprzętu medycznego będącego własnością Udzielającego Zamówienia,
  - 1.3. środków transportu dostępnych Udzielającemu Zamówienia,
  - 1.4. leków i materiałów opatrunkowych Udzielającego Zamówienia.
2. Wykorzystanie w/w środków może odbywać się wyłącznie w zakresie niezbędnym do świadczenia usług medycznych określonych w umowie.
3. Szczegółowe warunki udostępniania pomieszczeń, aparatury medycznej i sprzętu potrzebnego do wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie niniejszej umowy określa odrębnie zawarta pomiędzy stronami umowa użyczenia.
4. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać środków wymienionych w ust. 1 na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych chyba, że odpłatność wynika z przepisów Udzielającego Zamówienia i jest pobierana na Jego konto.

### § 14

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy oraz do przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do znajomości i przestrzegania:
  - 2.1. obowiązujących przepisów prawnych i regulacji ustalonych przez NFZ w zakresie warunków udzielania świadczeń zdrowotnych.
  - 2.2. przepisów określających prawa pacjenta,
  - 2.3. statutu oraz Regulaminu Organizacyjnego Udzielającego Zamówienia,
  - 2.4. obowiązujących w Szpitalu procedur i innych wewnętrznych aktów normatywnych,
  - 2.5. standardów udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązujących w Szpitalu,
  - 2.6. kodeksu Etyki Lekarskiej.

### § 15

Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek poddać się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Udzielającego Zamówienia oraz osoby przez niego upoważnione, w zakresie realizacji warunków niniejszej umowy, a w szczególności kontroli jakości udzielanych świadczeń.

## § 16

Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania informacji o sposobie wykonywania umowy Udzielającemu Zamówienia lub upoważnionej przez niego osobie, a w szczególności:

1. sposobu udzielania świadczeń medycznych
2. gospodarowania środkami publicznymi.

## § 17

1. W celu prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych, o których mowa w niniejszej umowie, Przyjmujący Zamówienie współpracuje z pracownikami zatrudnionymi przez Udzielającego Zamówienia oraz innymi podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego Zamówienia

2. Przyjmujący Zamówienie w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych na wszelkich dokumentach dotyczących tych świadczeń używa pieczęci nagłówkowej Udzielającego Zamówienia.

## § 18

### **Rozwiązanie umowy**

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
  - 1.1. z upływem czasu, na który była zawarta,
  - 1.2. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, przy czym początek okresu przypada na pierwszy dzień miesiąca po upływie miesiąca, w którym złożono wypowiedzenie.
2. Umowa może być rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli:
  - 2.1. Przyjmujący Zamówienie swoje prawa i obowiązki przeniósł na osoby trzecie, nie uzyskawszy na to zgody Udzielającego Zamówienia,
  - 2.2. W wyniku kontroli wykonania umowy i realizacji zaleceń pokontrolnych oraz innych działań kontrolnych, uregulowanych w odrębnych przepisach, stwierdzono nie wypełnianie warunków umowy lub wadliwe jej wykonanie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu i złą jakość świadczeń.
  - 2.3. Przyjmujący Zamówienie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu albo został zawieszony lub ograniczony w prawie wykonywania zawodu.
  - 2.4. Przyjmujący Zamówienie nie dopełni lub nie podejmie się obowiązków określonych w umowie oraz rażąco narusza postanowienia umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie może rozwiązać umowę w przypadku, gdy nie wypłacono należności z tytułu niniejszej umowy z winy Udzielającego Zamówienia za dwa pełne okresy płatności.
4. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w przypadku nie udokumentowania w terminie 7 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego Zamówienia zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 10.

## § 19

1. Administratorem danych osobowych powierzanych Przyjmującemu Zamówienie jest Udzielający Zamówienie.

2. Dane przekazywane są w celu realizacji usług opisanych niniejszą umową przez Przyjmującego Zamówienie.

3. Przekazywane dane osobowe obejmują dane dotyczące pacjentów w zakresie imion, nazwisk, adresów, telefonów kontaktowych, numerów PESEL, danych osób upoważnionych do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, informacji na temat stanu zdrowia.

4. Powierzone przez Udzielającego Zamówienie dane osobowe będą przetwarzane przez Przyjmującego Zamówienie wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy przekazywanych danych zarówno w trakcie obowiązywania umowy jak i po jej wygaśnięciu.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przetwarzania danych osobowych wyłącznie w miejscu opisanym niniejszą umową, za pomocą urządzeń oraz środków technicznych i organizacyjnych dostarczanych przez Udzielającego Zamówienie.

7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do ścisłego przestrzegania procedur, regulaminów oraz pozostałych środków organizacyjnych przyjętych przez Udzielającego Zamówienie.

8. Przyjmujący Zamówienie nie będzie powierzał przetwarzania omawianych danych osobowych innym podmiotom bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.

9. Dane osobowe przetwarzane na mocy niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie pozostają własnością Udzielającego Zamówienie. Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz kopiowania oraz przenoszenia danych poza obszar określony niniejszą umową bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienie.

10. Powierzenie przetwarzania danych osobowych obowiązuje przez okres obowiązywania niniejszej umowy.

## § 20

1. Zmiany w umowie mogą być wprowadzone w każdym czasie w formie aneksu, po uprzednim uzgodnieniu przez strony treści zmian.
2. W przypadku zmiany przepisów regulujących materię objętą umową, zmiany do umowy wprowadzone zostaną z mocy prawa, w formie aneksu. Brak zgody Przyjmującego Zamówienie na ich wprowadzenie spowoduje wygaśnięcie umowy.
3. Strony umowy dopuszczają możliwość renegotjacji postanowień niniejszej umowy, jeśli zajdą okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili jej zawierania.

## § 21

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że świadczenia zdrowotne wykonywane przez niego na podstawie umów zawartych z innymi podmiotami nie będą miały wpływu na ilość, jakość i terminowość świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

## § 22

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
2. Ewentualne spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej umowy rozstrzygać będą właściwe ze względu na siedzibę Udzielającego Zamówienia sądy powszechne.

### § 23

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden egzemplarz otrzymuje Udzielający Zamówienia, a jeden Przyjmujący Zamówienie.

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**



## Załącznik nr 5

### UMOWA (WZÓR) Powierzenia przetwarzania danych osobowych

zawarta w dniu 2024 roku w Chęcinach pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze z siedzibą w Chęcinach,

ul. Czerwona Góra 10, wpisanym do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach, Wydział X Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000009315 oraz rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Świętokrzyskiego, pod numerem księgi rejestrowej 000000014607,

reprezentowanym przez Dyrektora: Youssef Sleiman,

zwanym w dalszej części umowy „Administratorem Danych Osobowych”, a

**zamieszkałym;**

reprezentowanym przez:

1. ....
2. ....

zwaną w dalszej części umowy „Podmiotem przetwarzającym”,

#### § 1 Definicje

1. Podmiot przetwarzający – podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych w imieniu Administratora Danych Osobowych.
2. Administrator Danych Osobowych – organ, jednostka organizacyjna, podmiot lub osoba, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych.
3. Przetwarzanie danych – jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych.
4. Ustawa – ustawa o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).
5. Rozporządzenie – rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 Nr 100, poz. 1024).
6. RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L. z 2016 Nr 119 poz. 1).

## § 2

### Przedmiot umowy

1. Przedmiotem umowy jest powierzenie Podmiotowi przetwarzającemu przez Administratora Danych Osobowych przetwarzania danych osobowych w celu wykonania w jego imieniu i na jego rzecz czynności mających na celu realizację umowy nr \_\_\_\_\_ z dnia 2024r., to jest udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie. Zakres przetwarzania obejmuje następujące dane osobowe:

#### I. Dane pacjentów:

- a. Nazwisko i imię (imiona);
- b. Data urodzenia;
- c. Płeć;
- d. Adres miejsca zamieszkania;
- e. Numer PESEL;
- f. Narodowość;
- g. Inne dane wynikające z treści umowy zasadniczej;
- h. W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (przy czym określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony);
- i. W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

#### II. Dane personelu Administratora Danych Osobowych:

- a. Imię i nazwisko;
- b. Tytuł zawodowy;
- c. Uzyskane specjalizacje;
- d. Numer prawa wykonywania zawodu;
- e. \* Tytuł naukowy;
- f. \* Stanowisko;
- g. \* Adres;
- h. \* Numer telefonu;

i. \* NIP;

j. \* REGON;

\* jeżeli dotyczy

### **§ 3**

#### **Zobowiązania Podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone dane wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w umowie.
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przed przystąpieniem do przetwarzania danych powierzonych przez Administratora Danych Osobowych wdrożyć i utrzymywać przez czas przetwarzania wszelkie środki techniczne i organizacyjne, przewidziane w RODO.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do stosowania przepisów RODO, w szczególności dotyczących zarządzania ryzykiem w ochronie danych osobowych.
4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do udostępnienia zasobów ludzkich, technicznych i organizacyjnych oraz prezentacji środków technicznych i organizacyjnych w celu wykonania sprawdzeń i audytów bezpieczeństwa oraz oceny jakości ochrony danych osobowych, na każde wezwanie Administratora Danych Osobowych.
5. Strony zgodnie oświadczają, iż audyty bezpieczeństwa muszą być wykonywane przez osoby odznaczające się udokumentowanymi kompetencjami oraz zgodnie z powszechnie uznanymi standardami i metodykami.

### **§ 4**

#### **Szczegółowe zobowiązania Podmiotu przetwarzającego dla powierzonych danych osobowych**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się dopuszczać do przetwarzania powierzonych danych osobowych wyłącznie osoby posiadające upoważnienie do przetwarzania danych osobowych, wydane przez Podmiot przetwarzający.
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do prowadzenia ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych.
3. Podmiot przetwarzający zapewnia, że osoby które, zostały przez niego upoważnione do przetwarzania danych osobowych, będą zachowywały w tajemnicy te dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczenia.
4. Podmiot przetwarzający ponosi odpowiedzialność za działania i zaniechania osób przez niego upoważnionych.
5. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się zabezpieczyć dane osobowe przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.
6. Podmiot przetwarzający oświadcza, że posiada środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednio do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną.

### **§ 5**

#### **Dodatkowe zobowiązania Podmiotu przetwarzającego**

1. Administrator Danych Osobowych zastrzega sobie wyrażenie zgody w każdym przypadku dalszego powierzenia przetwarzania, a Podmiot przetwarzający przestrzega warunków korzystania z usług innego podmiotu przetwarzającego, o których mowa w art. 28 ust. 2 i 4 RODO.

2. Po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy Podmiot przetwarzający zobowiązuje się niezwłocznie zwrócić Administratorowi Danych Osobowych powierzone dane i trwale usunąć je ze wszystkich nośników, zarówno w wersji elektronicznej, jak i papierowej.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się w ciągu 14 dni od daty usunięcia danych przekazać Administratorowi Danych Osobowych protokół zniszczenia danych osobowych zgodnie z art. 28 ust. 3 lit. g RODO.
4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do udzielania na każde wezwanie Administratora Danych Osobowych niezwłocznej informacji na temat przetwarzania danych, z uwzględnieniem pełnych obowiązków informacyjnych wynikających z RODO.
5. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o jakimkolwiek postępowaniu administracyjnym lub sądowym, decyzji administracyjnej, orzeczeniu, zapowiedzianych kontrolach i inspekcjach, jeśli dotyczą one danych osobowych powierzonych przez Administratora Danych Osobowych.
6. Dla zachowania zgodności z RODO, podmiot przetwarzający prowadzi rejestr czynności przetwarzania danych osobowych, za które jest odpowiedzialny.
7. Podmiot przetwarzający po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je Administratorowi Danych Osobowych.
8. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż od dnia 25 maja 2018 r., wdrożył odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, by przetwarzanie spełniło wymogi art. 32 – 36 RODO.

## **§ 6**

### **Odpowiedzialność i kary**

1. Podmiot przetwarzający przyjmuje do wiadomości, że podczas realizacji umowy w zakresie przestrzegania przepisów art. 36 ustawy, ponosi odpowiedzialność jak Administrator Danych Osobowych.
2. Podmiot przetwarzający przyjmuje do wiadomości, że w związku z realizacją umowy może być poddany kontroli zgodności przetwarzania danych przez Urząd Ochrony Danych Osobowych, z zastosowaniem odpowiednio przepisów art. 78 - 90 UODO.
3. Podmiot przetwarzający odpowiada za wszelkie wyrządzone osobom trzecim szkody, które powstały w związku z nienależytym przetwarzaniem przez niego powierzonych danych osobowych.
4. W przypadku naruszenia przepisów ustawy w ramach realizacji umowy z przyczyn leżących po stronie Podmiotu przetwarzającego w następstwie, którego Administrator Danych Osobowych zostanie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub ukarany grzywną, prawomocnym wyrokiem lub decyzją właściwego organu, Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do zwrócenia równowartości odszkodowania lub grzywny poniesionych przez Administratora Danych Osobowych.

## **§ 7**

### **Obowiązki umowy**

1. Umowa obowiązuje do czasu zakończenia realizacji zamówienia, o którym mowa w §2 ust. 1.
2. Administrator Danych Osobowych może wypowiedzieć umowę o współpracy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
  - a. rażącego naruszenia przez Podmiot przetwarzający postanowień umowy,

- b. wyrządzenia przez Podmiot przetwarzający przy wykonaniu umowy szkody Administratorowi Danych Osobowych lub osobie, której dane Podmiot przetwarzający przetwarza na mocy umowy powierzenia,
- c. wszczęcia przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych postępowania przeciw Podmiot przetwarzający w związku z naruszeniem ochrony danych osobowych.

## § 8

### Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany umowy powinny być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Osobami odpowiedzialnymi za realizację postanowień niniejszej umowy są:
  - a. Ze strony Administratora Danych Osobowych: Inspektor Ochrony Danych – mgr Wiesław Loch, tel (41) 346 55 45 w.211, e-mail: [iod@czzerwona.pl](mailto:iod@czzerwona.pl)
  - b. Ze strony Podmiotu przetwarzającego: ....., tel.:  
.....,  
e-mail: .....
3. Zmiana osób wymienionych w ust. 2 nie wymaga sporządzania aneksu a jedynie pisemnego powiadomienia drugiej strony.
4. Sądem właściwym dla rozpatrywania sporów wynikających z niniejszej umowy będzie sąd właściwy dla Administratora Danych Osobowych.
5. W sprawach nieuregulowanych umową, zastosowanie znajdują przepisy polskiego prawa, w tym ustawy oraz Kodeksu cywilnego.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Podmiot przetwarzający**

**Administrator Danych Osobowych**