

DP-184/ 9 / KON.OFE./2026

**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. 2026. 156 tekst jednolity z późn. zm.)*

**I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**Nazwa:** Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze

**Adres:** ul. Czerwona Góra 10, 2-060 Chęciny, tel:(0-41) 34-655-45

**II. PRZEDMIOT KONKURSU OFERT:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii w Poradni Alergologicznej Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze ul. Jagiellońska 72, Kielce (kod CPV: 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne)

2.Umowa zostanie zawarta na czas określony – od 01.05.2026. do 30.04.2027r.

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

**III. POZOSTAŁE INFORMACJE**

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

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

Udzielający zamówienie ma prawo przyjąć ofertę w części.

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

3. Sposób składania oferty: forma pisemna

**4.Termin składania ofert: 27.04.2026r. 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, 2-060 Chęciny (liczy się data doręczenia – nie data nadania).

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

6. **Otwarcie ofert: nastąpi: 27.04.2026r. - godzina 12.00** w siedzibie Udzielającego zamówienia.

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

8. 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 stronie internetowej [www.czerwonagora.pl](http://www.czerwonagora.pl)

**DYREKTOR**

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. Planów i Finansów

mgr Emilia J. Woźniak

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze  
ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny

**FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii w Poradni Alergologicznej Wojewódzkiej  
Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze ul. Jagiellońska 72, Kielce (kod CPV: 85121200-5  
Specjalistyczne usługi medyczne)

**Oznaczenie oferenta:**

**Nazwa:** .....

.....

**Adres oferenta:**

.....

.....

**NIP:**.....

**REGON:** .....

**Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**.....

**Nr wpisu w krajowym rejestrze sądowym i nawa rejestru:**.....

**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”.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przez:

.....  
Podać: imię i nazwisko / nr PWWZ/

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Alergologicznej oferuję wykonywanie świadczeń po następujących warunkach:

**Kryterium: CENA**

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

A. za realizację świadczeń zdrowotnych wg harmonogramu w Poradni Alergologicznej w zł . :

.....% wartości wypracowanego przez lekarza i zapłaconego przez NFZ kontraktu w danym miesiącu sprawozdawczym.

C. W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe,

Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)

.....  
W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

Okres trwania umowy - 01.05.2026r.-30.04.2027r. ....

Okres trwania umowy inny niż powyżej, ale nie mniej niż 3 miesiące – .....

W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy:

Deklaruję następującą ilość godzin w miesiącu

.....  
.....  
( wpisać liczbę godzin i dni udzielania świadczeń)

**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 zapoznałem się z treścią:**

- 1.ogłoszenia,
- 2.Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
- 3.projektu umowy (Załącznik nr 3,5, do SWKO),

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

W przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 3,5,6 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

**Oświadczam, że:**

- jestem podmiotem leczniczym w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej;
- wykonuje zawód lekarza w ramach praktyki zawodowej;
- jestem osobą fizyczną – nie prowadzę działalności gospodarczej.
- jestem osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych

**w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.**

**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

.....  
Miejscowość, data

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

Uprzedzony 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

.....

**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)

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

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii w Poradni Alergologicznej Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze (kod CPV: 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne)

**Podstawa prawna:** art. 26, art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2026. 156 tekst jednolity z późn. zm.)

**Udzielający Zamówienia:** Wojewódzki Szpital specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze  
ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny

**Termin składania ofert:** 27.04.2026 roku do godziny 10.00

**Termin otwarcia ofert:** 27.04.2026r. o godz. 12.00

W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, oferent winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w SWKO oraz ogłoszeniem o konkursie.

### **I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest w udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii w Poradni Alergologicznej Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze (kod CPV: 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne).

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

3. 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.

4. Zamówienie realizowane będzie na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszych SWKO.

5. Ostateczny kształt umowy zostanie odpowiednio dostosowany do formy prawnej działania Przyjmującego zamówienie.

### **II. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY:**

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony: od 01.05.2026r. do 30.04.2027r.

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju.

3. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

4. Świadczenia objęte niniejszym konkursem wykonywane będą w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia. 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.).

6. Udzielający Zamówienia w okresie obowiązywania umowy dopuszcza zwiększenie zakresu

i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia.

### III. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTA:

1. **Oferentem** może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny: lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie alergologii lub w trakcie specjalizacji z alergologii, posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP, (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.
3. Oferent musi być objęty ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności. Szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia określa rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Oferent musi posiadać aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszym konkursem.

### 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,
- aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
- zaświadczenie, że oferent posiada wiedzę i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę w poradni specjalistycznej, podpisane przez Kierownika specjalizacji – dotyczy lekarza w trakcie specjalizacji,
- pozostałe dokumenty potwierdzające kwalifikacje, w tym dyplom potwierdzający posiadanie tytułu lekarza specjalisty w dziedzinie alergologii, dokument potwierdzający termin rozpoczęcia 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/ pielęgniarska .

- 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, załącznik nr 2, zaparaflowany projekt Umowy (załącznik nr 3) oraz załącznik nr 4,5.
- d. zaświadczenie z krajowego rejestru karnego o niefigurowaniu w kartotece karnej oraz kartotece nieletnich.

## V. KRYTERIUM OCENY ZŁOŻONYCH OFERT:

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

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.

Kryteria oceny w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii w Poradni Alergologicznej Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze :

**A - Wysokość wynagrodzenia (Cena)** Przyjmującego zamówienie, 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:

Kryterium: **Cena**

– wskaźnik A liczony ze wzoru:

$$A = \frac{\text{Najniższa oferowana cena spośród ważnych ofert}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 60 \% \times 100$$

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. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do negocjacji oferowanej ceny jak również zaproszenia Oferenta na rozmowę z Dyrektorem Szpitala.

**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. Lekarz/Lekarka posiadający tytuł specjalisty II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie alergologii – **10 pkt.**
- 1.2. Lekarz/Lekarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie alergologii – **5 pkt.**
- 1.3. doświadczenie zawodowe powyżej 3 lat – **10 pkt.**

1.4. doświadczenie zawodowe poniżej 3 lat – **5 pkt.**

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

2.1. udzielanie świadczeń wg harmonogramu 4h tygodniowo – **10 pkt.**

2.2. udzielanie świadczeń wg harmonogramu mniej niż 4h tygodniowo -**5 pkt.**

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

1. okres trwania umowy w okresie krótszym niż 01.05.2026-30.04.2027, ale nie mniej niż 3 miesiące – **5 pkt**

2. okres trwania umowy 01.05.2026-30.04.2027 – **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).

#### **MIEJSCE 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 27.04.2026r. 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, 2-060 Chęciny (liczy się data doręczenia).

Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii w Poradni Alergologicznej Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze  
Nie otwierać do dnia 27.04.2026r. do godziny 12.00”.

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

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 w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej. 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 **27.04.2026r. o godz. 12.00.**

## **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

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.

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) Podaje informacje dotyczące cen ofert.

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 określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert; złożone po terminie; zawierające nieprawdziwe informacje; jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanego wynagrodzenia za realizację umowy, zawierające rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia, jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną, jeżeli Udzielający zamówienia posiada wiedzę o uprzednim, w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, rozwiązaniu z Oferentem umowy o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po jego stronie, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz złożona oferta nie spełnia warunków określonych w SWKO.

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.

## **ROZSTRZYgniĘCIE 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 oferty 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.
7. 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 dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia wyników.
8. Do chwili rozstrzygnięcia odwołania, Udzielający Zamówienia nie może zawrzeć umowy.
9. Odwołanie zostanie rozpatrzone najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia rozumianej jako dzień doręczenia Udzielającemu Zamówienia.
10. 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.
11. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zwieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
12. Nie uwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
13. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
14. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie umieszcza się na stronie internetowej [www.czerwonagora.pl](http://www.czerwonagora.pl).
15. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja powtarza zaskarżoną czynność.

## **ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga. Środki odwoławcze nie przysługują na:

- e) wybór trybu postępowania;
  - f) niedokonanie wyboru Oferenta;
  - g) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - h) odwołania niniejszego konkursu przez Udzielającego zamówienia.
2. W toku postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
  3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
  4. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
  5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
  6. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie umieszcza się na stronie internetowej [www.czerwonagora.pl](http://www.czerwonagora.pl).
  7. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
  8. 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.
  9. 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**

1. 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.
2. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchylił się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia może wybrać najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert prawidłowo złożonych.

#### **OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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 65/46/WE (dalej RODO) WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny.
2. Inspektorem Ochrony Danych w Szpitalu jest: Pan Wiesław Loch, email: : [iod@czerwonagora.pl](mailto:iod@czerwonagora.pl); tel. 41 3465545 w. 211.
3. Dane osobowe przetwarzane są w zbiorach danych Szpitala (teleinformatycznych i papierowych) zgodnie z zasadami przetwarzania danych osobowych podanymi w art. 5-11 RODO.
4. Szpital pozyskał Pani/Pana dane osobowe w następstwie złożonych dokumentów w postępowaniu konkursowym w związku i w celu realizacji umowy w ramach konkursu.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:
  - instytucjom państwowym zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem,
  - podwykonawcom Administratora w zakresie świadczenia usług na podstawie podpisanych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych,
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu odwołania zgody lub realizacji wskazanego zgodnie z celem. Następnie zostaną zarchiwizowane przez okres ustawowo wymagany.

7. W związku z przetwarzaniem przez Szpital Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do treści swoich danych, na podstawie art. 15 RODO;
- prawo do sprostowania swoich danych, na podstawie art. 16 RODO;
- prawo do usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 RODO ( prawo to nie może pozostawać w sprzeczności z obowiązującymi w Polsce aktami prawnymi);
- prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych, na podstawie art. 18 RODO;
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO;
- prawo do przenoszenia swoich danych, na podstawie art. 22 RODO;

8. Jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie udzielonej zgody ( art. 6 ust. 1 pkt.a RODO) przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.

9. W Szpitalu dla zapewnienia bezpieczeństwa działa oznakowany system monitoringu, do którego dostęp mają wyłącznie pracownicy i inne osoby posiadające stosowne upoważnienia.

10. W przypadku uznania przez Panią/ Pana, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO ma Pani/ Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu ds. Ochrony Danych Osobowych.

#### **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: Kierownik Działu Kadr, tel: (041) 34-655-45 w.230 mail: [k.resztak@czerwona.org.pl](mailto:k.resztak@czerwona.org.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. Oświadczenie – Załącznik nr 4
5. Wzór umowy powierzenia danych – Załącznik nr 5 (projekt)

**Dyrektor**

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. Planów i Finansów

*mgr Ewelina J. Jankowska*

**UMOWA ZLECENIE nr / 2026 (projekt)**  
**o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza**  
w Poradni Alergologicznej Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze  
ul. Jagiellońska 72 Kielce,

zawarta w dniu 2026 roku w Chęcinach pomiędzy:

**Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny** reprezentowanym przez:

**Dyrektora Youssefa Sleimana, zwanym w dalszej części umowy „Zleceniodawcą”**

a

**lekarzem, adres:, posiadającym prawo wykonywania zawodu, zwanym w dalszej części „Zleceniobiorcą”.**

**zwanymi dalej Stronami Umowy**

Podstawa prawna umowy:

Umowa zostaje zawarta w wyniku konkurs ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne przeprowadzonego w trybie zgodnie z art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej ( Dz. U. t.j. 2026,poz.156)

**§ 1**

Ilekróć w niniejszej umowie użyto następujące wyrażenia, należy przez to rozumieć:

1. Umowa – niniejsza umowa,
2. Strony – Zleceniodawca a Zleceniobiorca
3. Świadczenia zdrowotne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne w zakresie Oddziału oraz pozostałe świadczenia zdrowotne związane z udzielaniem tych świadczeń,
4. Szpital – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, w którym wykonywane są świadczenia zdrowotne,
5. Poradnia– Poradnia Alergologiczna Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 72
6. Kierownik– przedstawiciel Szpitala uprawniony do organizowania i koordynowania działalności Oddziału oraz sprawowania nadzoru nad sposobem realizacji przez Zleceniobiorcę zobowiązań wynikających z postanowień Umowy,
7. Zastępca Kierownika – lekarz zastępujący Kierownika któremu Kierownik powierzył część swoich uprawnień do wykonywania w czasie swojej nieobecności w Oddziale,
8. Pacjent – pacjent Zleceniodawcy na którego rzecz, którego udzielane są świadczenia zdrowotne w ramach Umowy.

**§ 2**

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów w **Poradni Alergologicznej Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 72** w zależności od potrzeb Zleceniodawcy. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń w terminach określonych w comiesięcznych harmonogramach ustalonych w porozumieniu z Zleceniodawcą.
2. Ilość godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie przedmiotu umowy zgodnie z ofertą złożoną w postępowaniu konkursowym wynosi do ..... **godzin miesięcznie** w Poradni Alergologicznej. Zleceniobiorca wyraża zgodę na zwiększenie liczby godzin określonych powyżej zgodnie z potrzebami Zleceniodawcy. Podane powyżej godziny są ilościami szacunkowymi. Zleceniodawca zastrzega sobie zlecenie godzin objętych niniejszą umową w zależności od konieczności zabezpieczenia ciągłości świadczeń. Zlecenie mniejszej ilości godzin w danym miesiącu kalendarzowym nie rodzi żadnych roszczeń ze strony Zleceniobiorcy. Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy wynagrodzenie za faktycznie zleczone i wykonane godziny.

3.Strony dopuszczają możliwość zmiany harmonogramu oraz zaplanowanych w miesiącu godzin, w sytuacjach nagłych i nieprzewidzianych wyłącznie za zgodą Zleceniodawcy.

4.Zleceniobiorca oświadcza i zapewnia, iż w okresach wskazanych w harmonogramie świadczy usługi wyłącznie na rzecz Zleceniodawcy. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za skutki ewentualnych nieprawdliwości oświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w szczególności odpowiada finansowo za ewentualne kary nałożone na Zleceniodawcę przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do których zwrotu może zostać zobowiązany w całości na żądanie Zleceniodawcy.

5.Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób zabezpieczający terminowość wykonywanych świadczeń zdrowotnych w komórce organizacyjnej, w sposób zapewniający odpowiednią jakość usług medycznych według obowiązujących standardów, z uwzględnieniem dobra pracodawcy i chronienie jego mienia.

6.Zleceniobiorca oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia umożliwiające prawidłowe wykonywanie przedmiotu Umowy, oraz wszelkie wymagane dokumenty niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej, a także, że spełnia wymagania zdrowotne do udzielania świadczeń w podmiotach leczniczych.

7.W związku z powyższym Zleceniobiorca przedstawia kopię stosownych dokumentów:

- a) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim,
- b) aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza,
- c) dyplom specjalizacji lub karta szkolenia specjalizacyjnego,
- d) certyfikaty i dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych uprawnień i kwalifikacji,
- e) zaświadczenie, że oferent posiada wiedzę i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę w poradni specjalistycznej, podpisane przez Kierownika specjalizacji –dotyczy lekarza w trakcie specjalizacji,
- f) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania zawodu,
- g) aktualne zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- h) ubezpieczenie OC zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

8. Zleceniobiorca zobowiązany jest we własnym zakresie do niezwłocznego dostarczania aktualnych kopii dokumentów w przypadku utraty ich ważności na skutek upływu terminu wynikającego z treści tego dokumentu lub stosownych przepisów prawa.

### § 3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

1.1.udzielania Świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej oraz obowiązującymi standardami z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

1.2.udzielania Świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w warunkach ogólnych na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz warunków szczegółowych w zakresie objętym Umową,

1.3.przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów,

1.4.zapewnienia Pacjentom bezpieczeństwa podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,

1.5.udzielania Świadczeń zdrowotnych, udostępnionymi przez Zleceniodawcę środkami, w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, oraz procedur związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,

1.6. Zleceniobiorca zobowiązany jest zgłosić swoją nieobecność trwającą powyżej 7 dni z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem do Kierownika.

1.7.utrzymania ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,

1.8.dokonywania wymaganych wpisów do dokumentacji medycznej pacjentów, a także innych dokumentów wymaganych przez NFZ w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi,

1.9.stosowania w zakresie wydawanych orzeczeń lekarskich, skierowań i opinii przepisów obowiązujących podmioty lecznicze,

1.10.przestrzegania przepisów BHP i p/poż. oraz Regulaminu Organizacyjnego obowiązującego

u Udzielającego zamówienia oraz innych dokumentów wewnątrzzakładowych, w tym również powstałych po dacie zawarcia Umowy.

- 1.11. Zleceniobiorca zobowiązuje się we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczyć posiadanie aktualnych i wymaganych zaświadczeń o odbytych szkoleniach BHP (stosownie do stanowiska pracy, zgodnie z przepisami prawa), które dostarczy Zleceniodawcy najpóźniej w dniu świadczenia usługi.
- 1.12. przestrzegania i realizowania procedur Systemu Zarządzania Jakością, Kontroli zarządczej oraz procedur akredytacyjnych wprowadzanych i obowiązujących u Zleceniodawcy,
- 1.13. we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczyć posiadanie aktualnych i wymaganych badań profilaktycznych, o których mowa w ustawie o służbie medycyny pracy oraz zaświadczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, których kserokopie dostarczy Zleceniodawcy najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usługi,
- 1.14. noszenia odzieży ochronnej i roboczej spełniającej wymogi stosowane u Zleceniodawcy w zakresie parametrów użytkowych, asortymentu i wzornictwa – zakupionej na koszt Zleceniobiorcy oraz utrzymywania jej w należytej czystości zgodnie z wymogami sanitarno – epidemiologicznymi,
- 1.15. noszenia w widocznym miejscu identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję,
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania w czasie realizacji zadań wynikających z niniejszej umowy zapisów Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 3 Zleceniobiorca. zobowiązuje się do poddania się kontroli prowadzonej w zakresie realizacji przedmiotu Umowy przez osoby upoważnione przez Zleceniodawcę, Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne instytucje kontrolujące, a także stosowania się do ich zaleceń.
4. Kontrola obejmuje wykonywanie umowy, w szczególności:
  - 4.1. w zakresie oceny merytorycznej i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 4.2. liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych,
  - 4.3. prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej,
  - 4.4. prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
  - 4.5. terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.
5. Zleceniobiorca zobowiązany jest do współpracy z lekarzami oraz pozostałym personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Zleceniodawcy.
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się udzielać świadczeń objętych niniejszą umową wyłącznie na rzecz pacjentów wskazanych przez Zleceniodawcę.
7. Zleceniobiorca oświadcza i zapewnia, iż w okresach wskazanych w Harmonogramie świadczyć będzie usługi wyłącznie na rzecz Zleceniodawcy. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za skutki ewentualnych wad oświadczenia o którym mowa w zdaniu poprzednim, w szczególności odpowiada finansowo za ewentualne kary nałożone na Zleceniodawcę przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

#### § 4

1. Przy wykonywaniu usług stanowiących przedmiot niniejszej umowy, Zleceniobiorca nie podlega kierownictwu Zleceniodawcy, jest samodzielny i niezależny od Zleceniodawcy, z tym zastrzeżeniem, iż ma obowiązek przestrzegania postanowień Umowy, obowiązujących przepisów w szczególności ustawy o zawodzie lekarza oraz procedur i standardów stosowanych przez Zleceniodawcę.
2. Zleceniobiorca ma prawo zlecenia określonych czynności fachowemu personelowi medycznemu pracującemu u Zleceniodawcy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, na zasadach wynikających z przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza oraz przepisów o zawodzie pielęgniarki i położnej.
3. W przypadku nieobecności Zleceniobiorca zapewni zastępcę z równorzędnymi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zleceniodawca może zwolnić Zleceniobiorcę z wyżej wskazanego obowiązku zapewnienia zastępcy. W przypadku zgłoszenia przez Zleceniodawcę uzasadnionych zastrzeżeń, co do osoby zastępcy, Zleceniobiorca ma obowiązek wskazania innej osoby. Zmiana osoby wykonującej Umowę wymaga zgłoszenia Zleceniodawcy najpóźniej na 3 (trzy) dni poprzedzające dokonanie zmiany i jego zgody - za wyjątkiem przypadków losowych, nagłych.
4. W przypadku, gdy przerwy w świadczeniu usług lub nieobecności wpływają negatywnie na

funkcjonowanie Zleceniodawcy Strony podejmą rozmowy w celu ustalenia zasad dalszej realizacji umowy, a w przypadku nie dojścia do porozumienia w terminie 30 dni od rozpoczęcia rozmów, Zleceniodawca ma prawo do rozwiązania niniejszej umowy w trybie natychmiastowym.

5. Niedopełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 3 przez Zleceniobiorcę (zapewnienie zastępcy) skutkuje jego odpowiedzialnością za wszelkie szkody wynikłe na skutek nie zabezpieczenia ciągłości udzielania Świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Umowy.

6. Postanowienia ust. 5 nie stosuje się do przypadków losowych, których rodzaj lub charakter uniemożliwił Zleceniobiorcy bezzwłoczne zawiadomienie o nieobecności.

## § 5

1. Zleceniodawca zobowiązuje się wobec Zleceniobiorcy do zapewnienia leków i materiałów medycznych, sprzętu medycznego i bazy lokalowej niezbędnych przy realizacji usług określonych niniejszą umową.

2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, należących do Zleceniodawcy zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego należącego do Zleceniodawcy, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Zleceniobiorcę.

## § 6

1. Zleceniobiorca oświadcza i wyraża zgodę na to, że:

1.1. realizując przedmiot umowy działa w imieniu i na rzecz Zleceniodawcy,

1.2. zobowiązuje się do zapewnienia właściwych standardów leczenia, odpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej, przy wykorzystaniu aparatury medycznej, sprzętu medycznego udostępnionych mu przez Zleceniodawcę oraz wyrobów medycznych i leków zapewnionych przez Zleceniodawcę oraz zachowania szczególnej staranności w ich racjonalnym wykorzystywaniu,

1.3. ponosi odpowiedzialność za osobiste ordynowanie leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych oraz wykonywane zabiegi. Ordynowanie leków powinno odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz zgodnie z Receptariuszem Szpitalnym wprowadzonych przez Zleceniodawcę.,

1.4. nie dokona przeniesienia wierzycielności pieniężnych związanych z realizacją niniejszej umowy na rzecz osób trzecich, bez zgody Zleceniodawcy oraz nie dokona żadnych innych czynności, w wyniku których doszłoby do zmiany strony umowy. Ewentualna zgoda Zleceniodawcy na zmianę wierzyciela będzie uzależniona od wyrażenia zgody podmiotu tworzącego z art. 54 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela z naruszeniem w/w zasad jest nieważna.

2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie Zleceniodawca i Zleceniobiorca.

3. W przypadku wystąpienia przez osobę trzecią w stosunku do Zleceniodawcy z jakimikolwiek roszczeniami mającymi związek z udzieleniem tej osobie Świadczenia zdrowotnego przez Zleceniobiorcę, Zleceniobiorca zobowiązany jest niezwłocznie, w terminie wskazanym przez Zleceniodawcę, przedstawić mu pisemną odpowiedź na zgłoszone roszczenia.

4. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, w szczególności wynikających z:

1/ zawinonego niewykonania lub nienależytego wykonania świadczenia zdrowotnego,

2/ nieprawidłowego wystawiania recept podlegających refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

3/ przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,

4/ nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy lub niekompletny,

5/ braku realizacji zaleceń pokontrolnych.

5. Zleceniobiorca będzie zobowiązany do zwrotu kar finansowych, kar umownych, odszkodowań lub innych obciążeń nałożonych na Zleceniodawcę przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne podmioty do tego uprawnione które zostać mogą nałożone wskutek niewykonywania lub nienależytego wykonywania niniejszej umowy przez Zleceniobiorcę, ale nie więcej niż do równowartości trzykrotności wynagrodzenia należnego Zleceniobiorcy w tym miesiącu, w którym miała miejsce szkoda.

6. Powyższe może być potrącane przez Zleceniodawcę z wynagrodzenia Zleceniobiorcy należnego za poszczególne okresy rozliczeniowe.

7. Zleceniobiorca zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia cywilnego podmiotów wykonujących działalność leczniczą ( Dz. U. z 2019. poz. 866).

8. Zleceniobiorca zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w zdaniu powyżej, przez cały okres obowiązywania Umowy. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Zleceniobiorca zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Zleceniobiorcy najpóźniej na 1 dzień przed dniem rozpoczęcia wykonania Umowy. Brak aktualnej polisy, o której mowa w ust. 7, stanowi podstawę do rozwiązaniu niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym.

## § 7

Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania poufności i nie ujawniania osobom trzecim informacji, dokumentów i materiałów uzyskanych w związku z wykonywaniem Umowy, a w szczególności:

- a) nie posługiwania się w/w informacjami w celu niezwiązanym z realizacją Umowy,
- b) zachowaniem poufności danych osobowych i medycznych osób objętych opieką medyczną w Szpitalu,
- c) zachowania poufności danych i informacji dotyczących Zleceniodawcy.

## § 8

1. Za świadczone usługi w Poradni Alergologicznej WPS Udzielający Zamówienie zobowiązuje się zapłacić Przyjmującemu Zamówienie kwotę:

1.1 50% brutto/ brutto wartości wypracowanego przez lekarza i zapłaconego przez NFZ kontraktu w danym miesiącu sprawozdawczym..

2. Ilość świadczeń, za które Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie, uzależniona jest od ilości świadczeń zapłaconych przez NFZ i jest bezwzględnie uwarunkowana przepływem środków finansowych między Udzielającym Zamówienia a NFZ. .

3. Okres rozliczeniowy wynosi 1 miesiąc.

4. Zapłata nastąpi na podstawie rachunku wystawionego przez Udzielającego Zamówienie według zestawienia udzielanych świadczeń Przyjmującego zamówienie zweryfikowanym przez Dział Dokumentacji i Rozliczeń z NFZ.

5. Przyjmujący Zamówienie upoważnia Udzielającego Zamówienie do wystawienia rachunku.

6. Rachunek za wykonanie przedmiotu umowy powinien zawierać dane określone odrębnymi przepisami, w tym:

6.1. imię i nazwisko / nazwę z adresem Przyjmującego Zamówienie,

6.2. dane dotyczące nabywcy tj. Udzielającego Zamówienia z adresem,

6.3. kolejny numer, który w sposób jednoznaczny identyfikuje fakturę/rachunek,

6.4. określenie miesiąca i roku, w którym realizowane były świadczenia (datę dokonania lub zakończenia wykonania usługi),

6.5. ilość (liczbę) i rodzaj wykonanych usług z podaniem ceny jednostkowej usługi,

6.6. należność ogółem za wykonaną usługę wyrażoną liczbowo i słownie,

6.7. datę wystawienia rachunku,

6.8. pełną nazwę i numer rachunku Przyjmującego Zamówienie,

7. Należność z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy wypłacana będzie na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie.

8. Sekcja Płac Udzielającego Zamówienie ma obowiązek przesłania Przyjmującemu Zamówienie rachunek wraz zestawieniem udzielanych świadczeń oraz liczbą godzin w terminie do 15-ego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni na adres mailowy: ..... Przyjmującego zamówienie.

9. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek zatwierdzenia przesłanego rachunku oraz zestawienia, o którym mowa ust. 11 w terminie 3-dni od dnia otrzymania - osobiście bądź mailem zwrotnym do Sekcji Płac.

10. Przyjmującym zamówienie otrzyma wynagrodzenie płatne do końca miesiąca, w którym został zatwierdzony rachunek wraz zestawieniem.

11. W przypadku niezachowania terminu, o którym mowa w ust. 13 należność będzie wypłacana z miesięcznym opóźnieniem.

12. W przypadku błędnie wystawionego rachunku, Przyjmujący Zamówienie niezwłocznie informuje Sekcję Płac o konieczności wprowadzenia stosownej korekty. Niezwłoczna informacja zwrotna w sprawie korekty pozwoli zachować termin wypłaty, o którym mowa ust 14.

13. Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują żadne odsetki.

14. Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Udzielającego Zamówienia w wypłacie należności Przyjmującemu Zamówienie przysługują odsetki określone w Ustawie z dnia 08.03.2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych w wysokości wyliczonej dla podmiotów leczniczych jako dłużników transakcji handlowych.

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.

16. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie jednostronnie możliwość odpowiedniego zmniejszenia limitu godzin Przyjmującego Zamówienie, w przypadku zmiany warunków umowy zawartej z NFZ w zakresie przyznanych punktów, ich wartości lub wewnętrznej przebudowy tego kontraktu w sposób skutkujący ograniczeniem liczby możliwych do wykonania Świadczeń zdrowotnych przez lekarzy poradni alergologicznej. O każdej takiej zmianie Udzielający Zamówienia powiadamia Przyjmującego Zamówienie, przesyłając stosowny aneks do umowy.

17. W przypadku braku akceptacji powyższego aneksu przez Przyjmującego Zamówienie, w terminie 45 dni od daty jego otrzymania, Udzielający Zamówienia ma prawo rozwiązania niniejszej Umowy ze skutkiem natychmiastowym.

## § 9

1. W przypadku uzasadnionej, złożonej na piśmie skargi rodziny lub opiekuna pacjenta w sprawach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy, po rozpatrzeniu skargi i uznaniu jej za zasadną, Zleceniobiorca zobowiązany jest zapłacić Zleceniodawcy 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 Zleceniodawcy do rozwiązania niniejszej umowy.

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się zapłacić Zleceniodawcy karę umowną w wysokości:

3.1. 10% wynagrodzenia miesięcznego z tytułu nienależytego wykonywania przez Zleceniobiorcę obowiązków wynikających z niniejszej umowy, tj. nie realizowania zapisów § 6 umowy, błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Zleceniodawcę, jak również NFZ.

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

4. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do potrącenia kwot kar umownych z bieżących należności Zleceniobiorcy.

5. Zleceniobiorca zobowiązany jest uiścić kary nałożone przez właściwe organy i instytucje z tytułu

nieprzestrzegania przez Zleceniobiorcę przepisów związanych z realizacją niniejszej usługi.  
6. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do potrącenia kwot kar umownych z bieżących należności Zleceniobiorcy.

## § 10

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 01.05.2026r. do 30.04.2027r., z zastrzeżeniem ust. od 1-5.

1. Zleceniodawca może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia, w przypadku:

- a) stwierdzenia przez Zleceniodawcę powtarzających się nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej i innej niezbędnej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- b) powtarzającego się naruszenia porządku obowiązującego u Zleceniodawcy,
- c) zmian organizacyjnych polegających na likwidacji, ograniczeniu lub określeniu innego sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,

2. Zleceniodawca może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym, w przypadkach, gdy Zleceniobiorca:

- a) został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca,
- b) utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony przez organ uprawniony,
- c) zgłosił się do pracy lub udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym,
- d) popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez, jeżeli przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym,
- e) nie udokumentuje przed upływem obowiązywania dotychczasowego ubezpieczenia podpisania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na dalszy okres wykonywania świadczeń zdrowotnych
- f) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy pomiędzy Zleceniodawcą, a płatnikiem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową

3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust. 2 (z wyjątkiem ust. 2f), oraz spowodowanej innymi przyczynami niemożności udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. Poza przypadkami określonymi w ustępach poprzedzających każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy wymaga zachowania formy pisemnej i wskazania naruszenia postanowienia umowy oraz uzasadnienia, że doszło do rażącego naruszenia istotnego postanowienia umowy.

5. Każda ze Stron może wypowiedzieć umowę za 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia, dokonany na koniec miesiąca kalendarzowego.

6. Zleceniodawca uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli Zleceniobiorca:

- a/ utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszony,
- b/ przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody Zleceniodawcy
- c/ nie dotrzymał warunków określonych w § 2 ust. 7 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz posiadania aktualnych badań lekarskich;
- d/ w sposób rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy.

7. Wypowiedzenie umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

8. Zleceniodawca uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia w przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez Zleceniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy w tym trybie Zleceniodawca złoży Zleceniobiorcy na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu stosownej informacji.

## § 11

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

## § 12

1. Każda zmiana warunków Umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności leczniczej i Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
3. Wszelkie spory wynikające z Umowy rozpatrywać będzie Sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Zleceniodawcy.
4. Umowa niniejsza sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla Zleceniodawcy i Zleceniobiorcy.

**Zleceniodawca**

**Zleceniobiorca**

DP-184 /UP/2026

**UMOWA**  
**powierzenia przetwarzania danych osobowych (projekt)**

zawarta w dniu 2026 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, adres:,  
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.U.E.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 /2026 z dnia 2026r., to jest udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie alergologii w Poradni Alergologicznej WPS. 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 metodami.

#### § 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 odpowiednie 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@czerwonaogora.pl](mailto:iod@czerwonaogora.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