DP-184/ 4 / KON.OFE. /2026 Chęciny, dnia 09-02-2026

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. 2025. 450 tekst 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/lekarkę, pielęgniarkę/pielęgniarza, fizjoterapeutę/fizjoterapeutkę 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).**

2.Umowa zostanie zawarta na czas określony – od 01.03.2026r. - 28.02.2027r.

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 pobranie ze strony internetowej Udzielającego Zamówienia.

4. Sposób składania oferty: forma pisemna

5.**Termin składania ofert: 20 luty 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, 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: 20 luty 2026r.** - 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

DYREKTOR

p.o. DYREKTOR

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/lekarkę, pielęgniarkę/pielęgniarza, fizjoterapeutę/fizjoterapeutkę w zakresie **opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.**

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 zakresie opieki nad pacjentem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze wentylowanym mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego oferuję wykonywanie świadczeń po następujących warunkach:

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

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

A. **Lekarz/Lekarka**
Stawka:

.....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.

Pielęgniarka/Pielęgniarz
Stawka:

.....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.

Fizjoterapeuta/Fizjoterapeutka
Stawka:

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,
przeprowadzanie wizyt pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:
1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy 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 2 razy 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 w tygodniu, 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 zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu:
1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta,
1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 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 2 raz w tygodniu,
1.4.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie w uzgodnieniu z Kierownikiem Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.

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 01.03.2026r. do 28.02.2027r.;
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 skutkował 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 ZGODĘ/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 pieczątka Oferenta

Załącznik nr 2

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 dentysty lub przepisów o izbach lekarskich.
-nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
-nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka 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, 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**
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/lekarkę, pielęgniarkę/pielęgniarza, fizjoterapeutę/fizjoterapeutę 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. 2025. 450 tekst jednolity z późn. zm.)

Termin składania ofert: 20 luty 2026r. do godziny 10.00
Termin otwarcia ofert: 20 luty 2026r. o godzinie 12.00

I.PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza/lekarkę, pielęgniarkę/pielęgniarza, fizjoterapeutę/fizjoterapeutę 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 01.03.2026r. do 28.02.2027r.

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:

1. **Oferentem** (zwanym dalej Przyjmującym Zamówienie) może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny: **lekarz/lekarka** specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz specjalista chorób płuc, **pielęgniarka/pielęgniarz** z rocznym doświadczeniem zawodowym oraz ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym, lub w trakcie specjalizacji lub kursów: w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej, lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, **fizjoterapeuta/fizjoterapeutka** (dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawodowych w zawodzie fizjoterapeuty, prawo wykonywania zawodu)
(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, pielęgniarskich wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych,

3. Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą oraz pomioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej- 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/ 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, 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**
aźnik **A** liczony ze wzoru:

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

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.

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

Pielęgniarka:

1.1.Pielęgniarka z rocznym doświadczeniem zawodowym i ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej, lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie – **10 pkt.**

1.2. Pielęgniarka z z rocznym doświadczeniem zawodowym i w trackie specjalizacji lub kursu w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie opieki paliatywnej lub w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie – **5 pkt.**

Lekarz:

1.1.Lekarz lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii **10 pkt.**

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

Fizjoterapeuta:

1.1.Fizjoteraputa z wykształceniem wyższym – **10 pkt.**

1.2. Fizjoterapeuta z wykształceniem średnim – **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**

przeprowadzania wizyt pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 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 2 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 w tygodniu, 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 pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu – **0 pkt**

przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

1.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta,

1.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 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 2 raz w tygodniu, **- 10 pkt;**

2. inne warunki przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych 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 skutkował 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 20.02.2026r. 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, 26-060 Chęciny (liczy się data doręczenia).

Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

„Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę 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 20.02.2026r. 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 złożona 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 **20.02.2026r. 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.

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 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.
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
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

p.o. DYREKTOR
Youssef Sleiman

WZÓR UMOWY (projekt) Załącznik nr 3

UMOWA /UM/ 2026

o świadczenie usług pielęgniarskich w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu zawarta w dniu 2026r.

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 **„Udzielającym Zamówienia"**,

a

Panem/Panią, prowadzącym działalność gospodarczą jako, adres:, REGON:, wpisaną do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich pod numerem posiadającym prawo wykonywania zawodu nr, zwanym w dalszej części **„Przyjmującym Zamówienie"**.
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. 2025,poz.450)

§ 1

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

1. Umowa – niniejsza umowa,
2. Strony – Udzielający zamówienie i Przyjmującego zmówienie,
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. Kierownik– przedstawiciel Szpitala uprawniony do organizowania i koordynowania działalności Oddziału oraz sprawowania nadzoru nad sposobem realizacji przez Przyjmującego zamówienie zobowiązań wynikających z postanowień Umowy,
6. Zastępca Kierownika – lekarz zastępujący Kierownika któremu Kierownik powierzył część swoich uprawnień do wykonywania w czasie swojej nieobecności w Oddziale,
7. Pacjent – pacjent Udzielającego Zamówienie na którego rzecz, którego udzielane są świadczenia zdrowotne w ramach Umowy.

§ 2

1.Udzielający zamówienie zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów Szpitala wentylowanych mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.

2.Przyjmujący Zamówienie będzie realizował przedmiot umowy tj. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu poprzez przeprowadzanie wizyt pielęgniarskich u wskazanych chorych wentylowanych w domu:

2.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,

2.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej

niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
2.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej niż 1 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
2.4.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,
2.5.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
3..Do zakresu wizyt pielęgniarskich należy:
3.1.kontrola skuteczności prowadzonej wentylacji mechanicznej,
3.2..kontrola sprawności sprzętu medycznego koniecznego do prowadzenia wentylacji mechanicznej,
3.3.kontrola ilości i stanu sprzętu jednorazowego,
3.4.ustawiczne szkolenie chorych i ich opiekunów w zakresie wentylacji domowej,
4.systematyczne kontaktowanie się z lekarzem nadzorującym w zakresie:
4.1.opracowania co 1 miesiąc Planu Wizyt Pielęgniarskich oraz Planu Opieki nad Pacjentem (może być opracowany na okres dłuższy niż 1 miesiąc),
4.2.realizacji planu leczniczego u chorego wentylowanego,
4.3.stworzenie poczucia bezpieczeństwa poprzez telefoniczne zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu,
4.4. informowanie Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania. o zmianach w stanie zdrowia chorego oraz o problemach w realizacji planu leczenia,
5. dokładnego i systematycznego prowadzenia 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. przestrzegania obowiązujących przepisów,
7.udział w okresowych szkoleniach zespołu Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.,
8.Przyjmujący zamówienie 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.

9.W związku z powyższym Przyjmujący Zamówienie przedstawia kopię stosownych dokumentów:

a) dyplom ukończenia szkoły w zakresie pielęgniarstwa ,
b) aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
c) dyplom specjalizacji,
d) certyfikaty i dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych uprawnień i kwalifikacji,
e) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania zawodu,
f) aktualne zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
g) ubezpieczenie OC zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

4.Przyjmujący zamówienie 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.Przyjmujący zamówienie 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 Udzielającego zamówienie środkami, w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, oraz procedur związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
1.6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zgłosić swoją nieobecność trwającą powyżej 7 dni z co najmniej 7- dniowym wyprzedzeniem do Kierownika Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania .
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.Przyjmujący zamówienie 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 Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu świadczenia usługi.
1.12.przestrzegania i realizowania procedur Systemu Zarządzania Jakością, Kontroli zarządczej oraz procedur akredytacyjnych wprowadzanych i obowiązujących u Udzielającego zamówienia,
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 Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usługi,
1.14.noszenia odzieży ochronnej i roboczej spełniającej wymogi stosowane u Udzielającego zamówienie w zakresie parametrów użytkowych, asortymentu i wzornictwa – zakupionej na koszt Przyjmującego zamówienie oraz utrzymywania jej w należytej czystości zgodnie z wymogami sanitarno – epidemiologicznymi,
1.15.noszenia w widocznym miejscu identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję,
1.16.ochrony i przetwarzania powierzonych mu danych osobowych zgodnie z obowiązującą ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych oraz Polityką Bezpieczeństwa Szpitala i innymi właściwymi regulacjami wewnątrzzakładowymi w tym zakresie. Dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu i zakresie niezbędnym dla realizacji przedmiotu Umowy.

2.Przyjmujący zamówienie 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.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli prowadzonej w zakresie realizacji przedmiotu Umowy przez osoby upoważnione przez Udzielającego zamówienie, 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.Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do współpracy z lekarzami oraz pozostałym personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia.

6.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń objętych niniejszą umową wyłącznie na rzecz pacjentów wskazanych przez Udzielającego Zamówienie.

7.Przyjmujący zamówienie oświadcza i zapewnia, iż w okresach wskazanych w Harmonogramie świadczyć będzie usługi wyłącznie na rzecz Udzielającego Zamówienia. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za skutki ewentualnych wad oświadczenia o którym mowa w zdaniu poprzednim, w szczególności odpowiada finansowo za ewentualne kary nałożone na Udzielającego Zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

8.Szczegółowy zakres zadań związanych z realizacją Umowy określa załącznik nr 1 stanowiący integralną jej część.

§ 4

1.Przy wykonywaniu usług stanowiących przedmiot niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie nie podlega kierownictwu Udzielającego Zamówienia, jest samodzielny i niezależny od Udzielającego Zamówienia, z tym zastrzeżeniem, iż ma obowiązek przestrzegania postanowień Umowy, obowiązujących przepisów w szczególności ustawy o zawodzie pielęgniarki oraz procedur i standardów stosowanych przez Udzielającego zamówienie.

2.Przyjmujący zamówienie ma prawo zlecania określonych czynności fachowemu personelowi medycznemu pracującemu u Udzielającego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, na zasadach wynikających z przepisów o zawodzie pielęgniarki i położnej.

3.W przypadku nieobecności Przyjmujący zamówienie zapewni zastępcę z równorzędnymi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Udzielający Zamówienia może zwolnić Przyjmującego zamówienie z wyżej wskazanego obowiązku zapewnienia zastępcy. W przypadku zgłoszenia przez Udzielającego zamówienia uzasadnionych zastrzeżeń, co do osoby zastępcy, Przyjmujący zamówienia ma obowiązek wskazania innej osoby. Zmiana osoby wykonującej Umowę wymaga zgłoszenia Udzielającemu Zamówienia 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 Udzielającego zamówienie Strony podejmą rozmowy w celu ustalenia zasad dalszej realizacji umowy, a w przypadku nie dojścia do porozumienia w terminie 30 dni od rozpoczęcia rozmów, Udzielający zamówienie ma prawo do rozwiązania niniejszej umowy w trybie natychmiastowym.

5.Niedopełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 3 przez Przyjmującego zamówienie (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 Przyjmującemu zamówienie bezzwłoczne zawiadomienie o nieobecności.

§ 5

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się wobec Przyjmującego zamówienie do zapewnienia leków i materiałów medycznych, sprzętu medycznego i bazy lokalowej niezbędnych przy realizacji usług określonych niniejszą umową.
2.Szczegółowe warunki udostępniania pomieszczeń, aparatury medycznej i sprzętu potrzebnego do wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie niniejszej umowy określa odrębnie zawarta

pomiędzy stronami umowa użyczenia.
3.Korzystanie z wymienionych w ust.1 środków może odbywać się jedynie w zakresie niezbędnym do świadczenia usługi określonej w §1.

§ 6

Terminy i warunki płatności:
1.Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta inwazyjnego Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy kwotę będącą iloczynem ilości dni opieki nad pacjentem w domu oraz przyjętej stawki za osobodzień, tj.:
1.1. 0,00 zł brutto (słownie: ..... zł brutto) przy dojazdach do pacjenta do 10 km,
1.2 0,00 zł brutto (słownie: ..... zł brutto) przy dojazdach do pacjenta powyżej 10 km.
2 Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta nieinwazyjnego Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy 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. Zleceniobiorca zobowiązuje się przekazania drogą mailowa na adres: odwm@czerwonagora.pl miesięcznego zestawienia o ilości godzin i ilości zrealizowanych wizyt u pacjenta, w terminie do 3-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni na obowiązującym wzorze będącym załącznikiem nr 1 do umowy.
4. Podpisaną „Kartę wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie" należy dostarczać osobiście lub przesłać pocztą w terminie do 5-ego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
5. Zapłata nastąpi na podstawie rachunku wystawionego przez Zleceniodawcę na podstawie zestawienia udzielanych świadczeń Zleceniobiorcy wraz z liczbą godzin sporządzonego przez Pielęgniarkę Koordynującą Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
6. Zleceniobiorca upoważnia Zleceniodawcę do wystawienia rachunku.
7. Sekcja płac Zleceniodawcy ma obowiązek przesłania Zleceniobiorcy rachunku wraz zestawieniem udzielanych świadczeń oraz z liczbą godzin w terminie do 15-ego dnia każdego miesiąc za miesiąc poprzedni na adres mailowy: ..... Zleceniobiorcy.
8. Zleceniobiorca ma obowiązek zatwierdzenia przesłanego rachunku oraz zestawieniem, o którym mowa ust 7, w terminie 3-dni od dnia otrzymania powyższych dokumentów- osobiście bądź mailem zwrotnym do Sekcji Płac.
9. Zleceniobiorca organizuje dojazd do pacjenta we własnym zakresie. Zleceniobiorca zobowiązuje się do korzystania z własnego środka transportu i telefonu.
10. Honorarium wskazane w ust.1, stanowi całość należności za usługi świadczone przez Zleceniodawcę, a jego wypłata nastąpi tylko w przypadku wykonania świadczeń objętych umową.
11. Okres rozliczeniowy udzielanych świadczeń wynosi **1 miesiąc.**
12.Rachunek za wykonanie przedmiotu umowy powinien zawierać dane określone odrębnymi przepisami, w tym:
12.1.imię i nazwisko / nazwę z adresem Zleceniobiorcy,
12.2.dane dotyczące nabywcy tj. Zleceniodawcy z adresem,
12.3kolejny numer, który w sposób jednoznaczny identyfikuje fakturę,
12.4.określenie miesiąca i roku w którym realizowane były świadczenia (datę dokonania lub zakończenia wykonania usługi),
12.5.ilość (liczbę) i rodzaj wykonanych usług z podaniem ceny jednostkowej usługi,
12.6.należność ogółem za wykonaną usługę wyrażoną liczbowo i słownie,
12.7.datę wystawienia rachunku,
12.8.pełną nazwę i numer rachunku Zleceniobiorcy,

13.Należność z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy wypłacana będzie na konto bankowe wskazane przez Zleceniobiorcę.
14.Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie płatne do końca miesiąca, w którym został zatwierdzony rachunek wraz zestawieniem.
15. W przypadku niezachowania terminu, o którym mowa w ust. 8 należność będzie wypłacana z miesięcznym opóźnieniem.
16. W przypadku błędnie wystawionego rachunku, Zleceniobiorca niezwłocznie informuje Sekcję Płac o konieczności wprowadzenia stosownej korekty. Niezwłoczna informacja zwrotna w sprawie korekty pozwoli zachować termin wypłaty o którym mowa ust 14.

17.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy w wypłacie należności Zleceniobiorcy nie przysługują żadne odsetki.

18.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Zleceniodawcy w wypłacie należności Zleceniobiorcy 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.

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

20.Zleceniodawca zastrzega sobie jednostronnie możliwość odpowiedniego zmniejszenia limitu godzin Zleceniobiorcy, 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 Oddziału/Działu. O każdej takiej zmianie Zleceniodawca powiadamia Zleceniobiorcę, przesyłając stosowny aneks do umowy.

21.W przypadku braku akceptacji powyższego aneksu przez Zleceniobiorca, w terminie 45 dni od daty jego otrzymania, Zleceniodawca ma prawo rozwiązania niniejszej Umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 7

1.Przyjmujący zamówienie oświadcza i wyraża zgodę na to, że:

1.1.realizując przedmiot umowy działa w imieniu i na rzecz Udzielającego zamówienie,
1.2.realizując przedmiot Umowy zobowiązuje się do wykorzystywanie pomieszczeń Udzielającego zamówienie, aparatury i sprzętu medycznego, produktów leczniczych, wyrobów oraz leków i materiałów medycznych tylko i wyłącznie dla potrzeb realizacji przedmiotu Umowy,
1.3.zobowiązuje się do zapewnienia właściwych standardów leczenia, odpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej, przy wykorzystaniu aparatury medycznej, sprzętu medycznego udostępnionych mu przez Udzielającego zamówienie oraz wyrobów medycznych i leków zapewnionych przez Udzielającego zamówienie oraz zachowania szczególnej staranności w ich racjonalnym wykorzystywaniu,

1.4.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 Udzielającego zamówienia,
1.5..nie dokona przeniesienia wierzytelności pieniężnych związanych z realizacją niniejszej umowy na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego zamówienia oraz nie dokona żadnych innych czynności, w wyniku których doszłoby do zmiany strony umowy. Ewentualna zgoda Udzielającego zamówienia 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 Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.

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

4.Przyjmujący Zamówienie będzie zobowiązany do zwrotu kar finansowych, kar umownych, odszkodowań lub innych obciążeń nałożonych na Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne podmioty do tego uprawnione które zostać mogą nałożone wskutek niewykonywania lub nienależytego wykonywania niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie, ale nie więcej niż do równowartości trzykrotności wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie w tym miesiącu, w którym miała miejsce szkoda.

5.Powyższe może być potrącane przez Udzielającego zamówienia z wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie należnego za poszczególne okresy rozliczeniowe.

6.Przyjmujący zamówienie 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).

7.Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w zdaniu powyżej, przez cały okres obowiązywania Umowy. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Udzielającemu zamówienia najpóźniej na 1 dzień przed dniem rozpoczęcia wykonania Umowy. Brak aktualnej polisy, o której mowa w ust. 6, stanowi podstawę do rozwiązaniu niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 8

Przyjmujący zamówienie 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 medyczna w Szpitalu,

c) zachowania poufności danych i informacji dotyczących Udzielającego zamówienie.

§ 9

1. 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, 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 Zamówienia do rozwiązania niniejszej umowy.

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

3.1.10% wynagrodzenia miesięcznego z tytułu nienależytego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy, tj. nie realizowania zapisów § 7 umowy, błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia, jak również NFZ.

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

4.Udzielający Zamówienia 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 niniejszej usługi.

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

§ 10

Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia ..... i ulega rozwiązaniu z dniem..... z zastrzeżeniem ust. od 1-5.**

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

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

2. Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym, w przypadkach, gdy Przyjmujący zamówienie:
   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 Przyjmującego zamówienie, jeżeli przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sadowym,
   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 Udzielającym zamówienia, a płatnikiem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Udzielającego zamówienia 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,

dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego.

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

§ 11

Zasady powierzenia przetwarzania danych osobowych są objęte odrębną umową.

§ 12

Przyjmujący Zamówienie 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.

§ 13

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 Udzielającego zamówienia.

4. Umowa niniejsza sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jednym dla Przyjmującego zamówienie i jednym dla Udzielającego zamówienie.

Przyjmujący zamówienie **Udzielający zamówienia**

Załącznik nr 1 do umowy zlecenie nr /2026

Dane udzielającego świadczeń:

Chęciny, dnia .....

.....

.....

(adres Zleceniobiorcy)

MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE DO RACHUNKU
wykonanych świadczeń zdrowotnych do rachunku

Oddział/ Dział .....

miesiąc ..... rok .....r.

Potwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych:

W okresie od ..... do ..... *nie przebywałem(am) /przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim.

Lp	Imię i nazwiska pacjenta	Ilość godzin	Ilość wizyt	Ilość dni opieki	Hospitalizacja pacjenta
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

*niepotrzebne skreślić

WZÓR UMOWY (projekt) Załącznik nr 3

UMOWA nr / UM/ 2026

o świadczenie usług fizjoterapeutycznych w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu zawarta w dniu 2026r.

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 **„Udzielającym Zamówienia"**,

a

Panem/Panią, prowadzącym działalność gospodarczą jako, adres:, REGON:, posiadającym prawo wykonywania zawodu nr, zwanym w dalszej części **„Przyjmującym Zamówienie"**.
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. 2025,poz.450)

§ 1

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

1. Umowa – niniejsza umowa,
2. Strony – Udzielający zamówienie i Przyjmującego zmówienie,
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,
   Oddział – Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.
5. Kierownik– przedstawiciel Szpitala uprawniony do organizowania i koordynowania działalności Oddziału oraz sprawowania nadzoru nad sposobem realizacji przez Przyjmującego zamówienie zobowiązań wynikających z postanowień Umowy,
6. Zastępca Kierownika – lekarz zastępujący Kierownika któremu Kierownik powierzył część swoich uprawnień do wykonywania w czasie swojej nieobecności w Oddziale,
7. Pacjent – pacjent Udzielającego Zamówienie na którego rzecz, którego udzielane są świadczenia zdrowotne w ramach Umowy.

§ 2

1.Udzielający zamówienie zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów Szpitala wentylowanych mechanicznie w domu na terenie całego województwa świętokrzyskiego.
2. Udzielający Zamówienia zleca Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu, a w szczególności przeprowadzania wizyt fizjoterapeutycznych u wskazanych chorych wentylowanych w domu:
   2.1. inwazyjnie- nie mniej niż 2 razy w tygodniu, u każdego pacjenta,
   2.2.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych powyżej 16 godzin na dobę - nie mniej niż 2 raz w tygodniu, u każdego pacjenta oraz stała dostępność pod telefonem,
   2.3.nieinwazyjnie, w przypadku pacjentów wentylowanych od 8 do 16 godzin na dobę - nie mniej

niż 2 raz w tygodniu,

2.4.maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych wizyt zależna jest od sytuacji i potrzeb pacjenta i ustalana jest indywidualnie przez Kierownik Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.

3.Do zakresu wizyt fizjoterapeuty należy:

3.1.wykonywanie czynności, zgodnie z posiadanymi kompetencjami, wynikającymi ze zleceń lekarskich orz ustalonego planu rehabilitacji,

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

3.3.pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji pacjenta w domu,

3.4.przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością,

3.5.pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotny związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,

4.systematyczne kontaktowanie się z lekarzem nadzorującym w zakresie:

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

4.2.realizacji planu rehabilitacji u chorego wentylowanego,

4.3. informowanie lekarza nadzorującego wentylację o zmianach w stanie zdrowia chorego oraz o problemach w realizacji planu rehabilitacji,

5. dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz przesyłanie jej do Działu Diagnostyki 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. przestrzegania obowiązujących przepisów,

7. udział w okresowych szkoleniach zespołu Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania,

8.Przyjmujący zamówienie 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.

9.W związku z powyższym Przyjmujący Zamówienie przedstawia kopię stosownych dokumentów:

a) dyplom ukończenia szkoły w zakresie pielęgniarstwa ,
b) aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
c) dyplom specjalizacji,
d) certyfikaty i dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych uprawnień i kwalifikacji,
e) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania zawodu,
f) aktualne zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
g) ubezpieczenie OC zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

4.Przyjmujący zamówienie 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.Przyjmujący zamówienie 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 Udzielającego zamówienie środkami, w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, oraz procedur związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
1.6. Przyjmujący zamówienie 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.Przyjmujący zamówienie 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 Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu świadczenia usługi.
1.12.przestrzegania i realizowania procedur Systemu Zarządzania Jakością, Kontroli zarządczej oraz procedur akredytacyjnych wprowadzanych i obowiązujących u Udzielającego zamówienia,
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 Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usługi,
1.14.noszenia odzieży ochronnej i roboczej spełniającej wymogi stosowane u Udzielającego zamówienie w zakresie parametrów użytkowych, asortymentu i wzornictwa – zakupionej na koszt Przyjmującego zamówienie oraz utrzymywania jej w należytej czystości zgodnie z wymogami sanitarno – epidemiologicznymi,
1.15.noszenia w widocznym miejscu identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję,
1.16.ochrony i przetwarzania powierzonych mu danych osobowych zgodnie z obowiązującą ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych oraz Polityką Bezpieczeństwa Szpitala i innymi właściwymi regulacjami wewnątrzzakładowymi w tym zakresie. Dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu i zakresie niezbędnym dla realizacji przedmiotu Umowy.

2.Przyjmujący zamówienie 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.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli prowadzonej w zakresie realizacji przedmiotu Umowy przez osoby upoważnione przez Udzielającego zamówienie, 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.Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do współpracy z lekarzami oraz pozostałym personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia.

6.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń objętych niniejszą umową wyłącznie na rzecz pacjentów wskazanych przez Udzielającego Zamówienie.

7.Przyjmujący zamówienie oświadcza i zapewnia, iż w okresach wskazanych w Harmonogramie świadczyć będzie usługi wyłącznie na rzecz Udzielającego Zamówienia. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za skutki ewentualnych wad oświadczenia o którym mowa w zdaniu poprzednim, w szczególności odpowiada finansowo za ewentualne kary nałożone na Udzielającego Zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 4

1.Przy wykonywaniu usług stanowiących przedmiot niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie nie podlega kierownictwu Udzielającego Zamówienia, jest samodzielny i niezależny od Udzielającego Zamówienia, z tym zastrzeżeniem, iż ma obowiązek przestrzegania postanowień Umowy, obowiązujących przepisów oraz procedur i standardów stosowanych przez Udzielającego zamówienie.

2.Przyjmujący zamówienie ma prawo zlecania określonych czynności fachowemu personelowi medycznemu pracującemu u Udzielającego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, na zasadach wynikających z przepisów.

3.W przypadku nieobecności Przyjmujący zamówienie zapewni zastępcę z równorzędnymi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Udzielający Zamówienia może zwolnić Przyjmującego zamówienie z wyżej wskazanego obowiązku zapewnienia zastępcy. W przypadku zgłoszenia przez Udzielającego zamówienia uzasadnionych zastrzeżeń, co do osoby zastępcy, Przyjmujący zamówienia ma obowiązek wskazania innej osoby. Zmiana osoby wykonującej Umowę wymaga zgłoszenia Udzielającemu Zamówienia 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 Udzielającego zamówienie Strony podejmą rozmowy w celu ustalenia zasad dalszej realizacji umowy, a w przypadku nie dojścia do porozumienia w terminie 30 dni od rozpoczęcia rozmów, Udzielający zamówienie ma prawo do rozwiązania niniejszej umowy w trybie natychmiastowym.

5.Niedopełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 3 przez Przyjmującego zamówienie (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 Przyjmującemu zamówienie bezzwłoczne zawiadomienie o nieobecności.

§ 5

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się wobec Przyjmującego zamówienie do zapewnienia leków i materiałów medycznych, sprzętu medycznego i bazy lokalowej niezbędnych przy realizacji usług określonych niniejszą umową.
2.Szczegółowe warunki udostępniania pomieszczeń, aparatury medycznej i sprzętu potrzebnego do wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie niniejszej umowy określa odrębnie zawarta pomiędzy stronami umowa użyczenia.
3.Korzystanie z wymienionych w ust.1 środków może odbywać się jedynie w zakresie niezbędnym do świadczenia usługi określonej w §1.

§ 6

Terminy i warunki płatności:

1.Za świadczenia umówionych usług Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy kwotę będącą iloczynem ilości wizyt rehabilitacyjnych w danym miesiącu oraz przyjętej stawki za wizytę tj. 00,00zł brutto (słownie: ..... zł brutto).

2.Zleceniobiorca zobowiązuje się przekazania drogą mailowa na adres: odwm@czerwonagora.pl miesięcznego zestawienia o ilości godzin i ilości zrealizowanych wizyt u pacjenta, w terminie do 3-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni na obowiązującym wzorze będącym załącznikiem nr 1 do umowy.

3. Podpisaną „Kartę wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie" należy dostarczać osobiście lub przesłać pocztą w terminie do 5-ego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

4. Zapłata nastąpi na podstawie rachunku wystawionego przez Zleceniodawcę na podstawie zestawienia udzielanych świadczeń Zleceniobiorcy wraz z liczbą godzin sporządzonego przez Pielęgniarkę Koordynującą Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

5. Zleceniobiorca upoważnia Zleceniodawcę do wystawienia rachunku.

6. Sekcja płac Zleceniodawcy ma obowiązek przesłania Zleceniobiorcy rachunku wraz zestawieniem udzielanych świadczeń oraz z liczbą godzin w terminie do 15-ego dnia każdego miesiąc za miesiąc poprzedni na adres mailowy: ..... Zleceniobiorcy.

7. Zleceniobiorca ma obowiązek zatwierdzenia przesłanego rachunku oraz zestawieniem, o którym mowa ust 6, w terminie 3-dni od dnia otrzymania powyższych dokumentów- osobiście bądź mailem zwrotnym do Sekcji Płac.

8. Zleceniobiorca organizuje dojazd do pacjenta we własnym zakresie Zleceniobiorca zobowiązuje się do korzystania z własnego środka transportu i telefonu.

9.Honorarium wskazane w ust. 1 , stanowi całość należności za usługi świadczone Zleceniobiorcę, a jego wypłata nastąpi tylko w przypadku wykonania świadczeń objętych umową.

10. Okres rozliczeniowy udzielanych świadczeń wynosi **1 miesiąc.**

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

11.1.imię i nazwisko / nazwę z adresem Zleceniobiorcy,

11.2.dane dotyczące nabywcy tj. Zleceniodawcy z adresem,

11.3kolejny numer, który w sposób jednoznaczny identyfikuje fakturę,

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

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

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

11.7.datę wystawienia rachunku,

11.8.pełną nazwę i numer rachunku Zleceniobiorcy,

12. Należność z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy wypłacana będzie na konto bankowe wskazane każdorazowo na rachunku przez Zleceniobiorcę.

13. Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie płatne do końca miesiąca, w którym został zatwierdzony rachunek wraz zestawieniem.

14. W przypadku niezachowania terminu, o którym mowa w ust. 7 należność będzie wypłacana z miesięcznym opóźnieniem.

15. W przypadku błędnie wystawionego rachunku, Zleceniobiorca niezwłocznie informuje Sekcję Płac o konieczności wprowadzenia stosownej korekty. Niezwłoczna informacja zwrotna w sprawie korekty pozwoli zachować termin wypłaty o którym mowa ust 13.

16.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy w wypłacie należności Zleceniobiorcy nie przysługują żadne odsetki.

17.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Zleceniodawcy w wypłacie należności Zleceniobiorcy 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.

18.Przeniesienie jakichkolwiek wierzytelności wynikających z niniejszej umowy wymaga pisemnej

zgody Zleceniodawcy, wyrażonej w sposób określony w art. 54 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej.

19.Zleceniodawca zastrzega sobie jednostronnie możliwość odpowiedniego zmniejszenia limitu godzin Zleceniobiorcy, 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 Oddziału/Działu. O każdej takiej zmianie Zleceniodawca powiadamia Zleceniobiorcę, przesyłając stosowny aneks do umowy.

20.W przypadku braku akceptacji powyższego aneksu przez Zleceniobiorca, w terminie 45 dni od daty jego otrzymania, Zleceniodawca ma prawo rozwiązania niniejszej Umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 7

1.Przyjmujący zamówienie oświadcza i wyraża zgodę na to, że:

1.1.realizując przedmiot umowy działa w imieniu i na rzecz Udzielającego zamówienie,
1.2.realizując przedmiot Umowy zobowiązuje się do wykorzystywanie pomieszczeń Udzielającego zamówienie, aparatury i sprzętu medycznego, produktów leczniczych, wyrobów oraz leków i materiałów medycznych tylko i wyłącznie dla potrzeb realizacji przedmiotu Umowy,
1.3.zobowiązuje się do zapewnienia właściwych standardów leczenia, odpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej, przy wykorzystaniu aparatury medycznej, sprzętu medycznego udostępnionych mu przez Udzielającego zamówienie oraz wyrobów medycznych i leków zapewnionych przez Udzielającego zamówienie oraz zachowania szczególnej staranności w ich racjonalnym wykorzystywaniu,

1.4.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 Udzielającego zamówienia,
1.5..nie dokona przeniesienia wierzytelności pieniężnych związanych z realizacją niniejszej umowy na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego zamówienia oraz nie dokona żadnych innych czynności, w wyniku których doszłoby do zmiany strony umowy. Ewentualna zgoda Udzielającego zamówienia 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 Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.

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

4.Przyjmujący Zamówienie będzie zobowiązany do zwrotu kar finansowych, kar umownych, odszkodowań lub innych obciążeń nałożonych na Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne podmioty do tego uprawnione które zostać mogą nałożone wskutek niewykonywania lub nienależytego wykonywania niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie, ale nie więcej niż do równowartości trzykrotności wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie w tym miesiącu, w którym miała miejsce szkoda.

5.Powyższe może być potrącane przez Udzielającego zamówienia z wynagrodzenia Przyjmującego

Zamówienie należnego za poszczególne okresy rozliczeniowe.

6.Przyjmujący zamówienie 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).

7.Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w zdaniu powyżej, przez cały okres obowiązywania Umowy. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Udzielającemu zamówienia najpóźniej na 1 dzień przed dniem rozpoczęcia wykonania Umowy. Brak aktualnej polisy, o której mowa w ust. 6, stanowi podstawę do rozwiązaniu niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 8

Przyjmujący zamówienie 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 medyczna w Szpitalu,

c) zachowania poufności danych i informacji dotyczących Udzielającego zamówienie.

§ 9

1. 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, 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 Zamówienia do rozwiązania niniejszej umowy.

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

3.1.10% wynagrodzenia miesięcznego z tytułu nienależytego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy, tj. nie realizowania zapisów § 7 umowy, błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia, jak również NFZ.

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

4.Udzielający Zamówienia 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 niniejszej usługi.

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

§ 10

Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia .....r. i ulega rozwiązaniu z dniem..... z zastrzeżeniem ust. od 1-5.**

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

d) stwierdzenia przez Udzielającego zamówienia powtarzających się nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej i innej niezbędnej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
e) powtarzającego się naruszenia porządku obowiązującego u Udzielającego zamówienie,
f) zmian organizacyjnych polegających na likwidacji, ograniczeniu lub określeniu innego sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,

2. Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym, w przypadkach, gdy Przyjmujący zamówienie:
   g) został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca,
   h) utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony przez organ uprawniony,
   i) zgłosił się do pracy lub udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym,
   j) popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sadowym,
   k) nie udokumentuje przed upływem obowiązywania dotychczasowego ubezpieczenia podpisania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na dalszy okres wykonywania świadczeń zdrowotnych
   l) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy pomiędzy Udzielającym zamówienia, a płatnikiem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Udzielającego zamówienia 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, dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego.
6. Wypowiedzenie umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 11

Zasady powierzenia przetwarzania danych osobowych są objęte odrębną umową.

§ 12

Przyjmujący Zamówienie 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.

§ 13

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 Udzielającego zamówienia.

4. Umowa niniejsza sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jednym dla Przyjmującego zamówienie i jednym dla Udzielającego zamówienie.

Przyjmujący zamówienie **Udzielający zamówienia**

Załącznik nr 1 do umowy zlecenie nr /2026

Dane udzielającego świadczeń:

Chęciny, dnia .....

.....

.....

(adres Zleceniobiorcy)

MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE DO RACHUNKU
wykonanych świadczeń zdrowotnych do rachunku

Oddział/ Dział .....

miesiąc ..... rok .....r.

Potwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych:

W okresie od ..... do ..... *nie przebywałem(am) /przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim.

Lp	Imię i nazwiska pacjenta	Ilość godzin	Ilość wizyt
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

*niepotrzebne skreślić

WZÓR UMOWY (projekt) Załącznik nr 3

UMOWA nr / UM/ 2026

o świadczenie usług lekarskich w zakresie opieki nad pacjentem wentylowanym w domu

zawarta w dniu 2026r.

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, 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"**.

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. 2025,poz.450)

§ 1

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

1. Umowa – niniejsza umowa,
2. Strony – Udzielający zamówienie i Przyjmującego zmówienie,
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,
   Oddział – Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania.
5. Kierownik– przedstawiciel Szpitala uprawniony do organizowania i koordynowania działalności Oddziału oraz sprawowania nadzoru nad sposobem realizacji przez Przyjmującego zamówienie zobowiązań wynikających z postanowień Umowy,
6. Zastępca Kierownika – lekarz zastępujący Kierownika któremu Kierownik powierzył część swoich uprawnień do wykonywania w czasie swojej nieobecności w Oddziale,
7. Pacjent – pacjent Udzielającego Zamówienie na którego rzecz, którego udzielane są świadczenia zdrowotne w ramach Umowy.

§ 2

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 zależna 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 pielęgniarskimi i lekarskim,

2.3. wykonywanie lekarskich zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,

2.4.nadzór nad zabiegami diagnostycznymi i terapeutycznymi wykonywanymi przez personel pielęgniarski 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 wentylacja 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. przestrzegania obowiązujących przepisów,

7. udział w okresowych szkoleniach zespołu Działu Diagnostyki Leczenia Zaburzeń Oddychania,

8.Przyjmujący zamówienie 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.

9.W związku z powyższym Przyjmujący Zamówienie przedstawia kopię stosownych dokumentów:

a) dyplom ukończenia szkoły w zakresie pielęgniarstwa ,

b) aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,

c) dyplom specjalizacji,

d) certyfikaty i dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych uprawnień i kwalifikacji,

e) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania zawodu,

f) aktualne zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,

g) ubezpieczenie OC zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

4.Przyjmujący zamówienie 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.Przyjmujący zamówienie 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 Udzielającego zamówienie środkami, w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, oraz procedur związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
1.6. Przyjmujący zamówienie 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.Przyjmujący zamówienie 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 Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu świadczenia usługi.
1.12.przestrzegania i realizowania procedur Systemu Zarządzania Jakością, Kontroli zarządczej oraz procedur akredytacyjnych wprowadzanych i obowiązujących u Udzielającego zamówienia,
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 Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu rozpoczęcia świadczenia usługi,
1.14.noszenia odzieży ochronnej i roboczej spełniającej wymogi stosowane u Udzielającego zamówienie w zakresie parametrów użytkowych, asortymentu i wzornictwa – zakupionej na koszt Przyjmującego zamówienie oraz utrzymywania jej w należytej czystości zgodnie z wymogami sanitarno – epidemiologicznymi,
1.15.noszenia w widocznym miejscu identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję,
1.16.ochrony i przetwarzania powierzonych mu danych osobowych zgodnie z obowiązującą ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych oraz Polityką Bezpieczeństwa Szpitala i innymi właściwymi regulacjami wewnątrzzakładowymi w tym zakresie. Dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu i zakresie niezbędnym dla realizacji przedmiotu Umowy.

2.Przyjmujący zamówienie 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.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli prowadzonej w zakresie realizacji przedmiotu Umowy przez osoby upoważnione przez Udzielającego zamówienie, 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.Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do współpracy z lekarzami oraz pozostałym personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia.

6.Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń objętych niniejszą umową wyłącznie na rzecz pacjentów wskazanych przez Udzielającego Zamówienie.

7.Przyjmujący zamówienie oświadcza i zapewnia, iż w okresach wskazanych w Harmonogramie świadczyć będzie usługi wyłącznie na rzecz Udzielającego Zamówienia. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za skutki ewentualnych wad oświadczenia o którym mowa w zdaniu poprzednim, w szczególności odpowiada finansowo za ewentualne kary nałożone na Udzielającego Zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 4

1.Przy wykonywaniu usług stanowiących przedmiot niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie nie podlega kierownictwu Udzielającego Zamówienia, jest samodzielny i niezależny od Udzielającego Zamówienia, z tym zastrzeżeniem, iż ma obowiązek przestrzegania postanowień Umowy, obowiązujących przepisów oraz procedur i standardów stosowanych przez Udzielającego zamówienie.

2.Przyjmujący zamówienie ma prawo zlecania określonych czynności fachowemu personelowi medycznemu pracującemu u Udzielającego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, na zasadach wynikających z przepisów.

3.W przypadku nieobecności Przyjmujący zamówienie zapewni zastępcę z równorzędnymi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Udzielający Zamówienia może zwolnić Przyjmującego zamówienie z wyżej wskazanego obowiązku zapewnienia zastępcy. W przypadku zgłoszenia przez Udzielającego zamówienia uzasadnionych zastrzeżeń, co do osoby zastępcy, Przyjmujący zamówienia ma obowiązek wskazania innej osoby. Zmiana osoby wykonującej Umowę wymaga zgłoszenia Udzielającemu Zamówienia 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 Udzielającego zamówienie Strony podejmą rozmowy w celu ustalenia zasad dalszej realizacji umowy, a w przypadku nie dojścia do porozumienia w terminie 30 dni od rozpoczęcia rozmów, Udzielający zamówienie ma prawo do rozwiązania niniejszej umowy w trybie natychmiastowym.

5.Niedopełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 3 przez Przyjmującego zamówienie (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 Przyjmującemu zamówienie bezzwłoczne zawiadomienie o nieobecności.

§ 5

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się wobec Przyjmującego zamówienie do zapewnienia leków i materiałów medycznych, sprzętu medycznego i bazy lokalowej niezbędnych przy realizacji usług określonych niniejszą umową.
2.Szczegółowe warunki udostępniania pomieszczeń, aparatury medycznej i sprzętu potrzebnego do wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie niniejszej umowy określa odrębnie zawarta pomiędzy stronami umowa użyczenia.

3.Korzystanie z wymienionych w ust.1 środków może odbywać się jedynie w zakresie niezbędnym do świadczenia usługi określonej w §1.

§ 6

1. Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta inwazyjnego Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy kwotę będącą iloczynem ilości dni opieki nad pacjentem w domu oraz przyjętej stawki za osobodzień:

1.1 00,00 zł brutto (słownie: ..... złotych brutto) przy dojazdach do pacjenta do 10km,

1.2 00,00 zł brutto (słownie: ..... złotych brutto) przy dojazdach do pacjenta powyżej 10km,

1.3 00,00 zł brutto (słowie: ..... złotych brutto) przy dojazdach do pacjenta powyżej 20km.

1.4 Zleceniodawca zapłaci koszty składek na ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne, leżące po stronie Zleceniobiorcy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2 Za świadczenie umówionych usług dotyczących pacjenta nieinwazyjnego Zleceniodawca zapłaci Zleceniobiorcy 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. Zleceniobiorca zobowiązuje się przekazania drogą mailowa na adres: odwm@czerwonagora.pl miesięcznego zestawienia o ilości godzin i ilości zrealizowanych wizyt u pacjenta, w terminie do 3-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni na obowiązującym wzorze będącym załącznikiem nr 1 do umowy.

4. Podpisaną „Kartę wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie" należy dostarczać osobiście lub przesłać pocztą w terminie do 5-ego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

5. Zapłata nastąpi na podstawie rachunku wystawionego przez Zleceniodawcę na podstawie zestawienia udzielanych świadczeń Zleceniobiorcy wraz z liczbą godzin sporządzonego przez Pielęgniarkę Koordynującą Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

6. Zleceniobiorca upoważnia Zleceniodawcę do wystawienia rachunku.

7. Sekcja płac Zleceniodawcy ma obowiązek przesłania Zleceniobiorcy rachunku wraz zestawieniem udzielanych świadczeń oraz z liczbą godzin w terminie do 15-ego dnia każdego miesiąc za miesiąc poprzedni na adres mailowy: ..... Zleceniobiorcy.

8. Zleceniobiorca ma obowiązek zatwierdzenia przesłanego rachunku oraz zestawieniem, o którym mowa ust 7, w terminie 3-dni od dnia otrzymania powyższych dokumentów- osobiście bądź mailem zwrotnym do Sekcji Płac.

9. Zleceniobiorca organizuje dojazd do pacjenta we własnym zakresie. Zleceniobiorca zobowiązuje się do korzystania z własnego środka transportu i telefonu.

10. Honorarium wskazane w ust.1, stanowi całość należności za usługi świadczone przez Zleceniodawcę, a jego wypłata nastąpi tylko w przypadku wykonania świadczeń objętych umową.

11. Okres rozliczeniowy udzielanych świadczeń wynosi **1 miesiąc.**

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

12.1.imię i nazwisko / nazwę z adresem Zleceniobiorcy,

12.2.dane dotyczące nabywcy tj. Zleceniodawcy z adresem,

12.3kolejny numer, który w sposób jednoznaczny identyfikuje fakturę,

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

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

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

12.7.datę wystawienia rachunku,

12.8.pełną nazwę i numer rachunku Zleceniobiorcy,

13.Należność z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej umowy wypłacana będzie na konto bankowe

wskazane przez Zleceniobiorcę.
14.Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie płatne do końca miesiąca, w którym został zatwierdzony rachunek wraz zestawieniem.
15. W przypadku niezachowania terminu, o którym mowa w ust. 8 należność będzie wypłacana z miesięcznym opóźnieniem.
16. W przypadku błędnie wystawionego rachunku, Zleceniobiorca niezwłocznie informuje Sekcję Płac o konieczności wprowadzenia stosownej korekty. Niezwłoczna informacja zwrotna w sprawie korekty pozwoli zachować termin wypłaty o którym mowa ust 14.

17.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy w wypłacie należności Zleceniobiorcy nie przysługują żadne odsetki.

18.Za opóźnienie z przyczyn leżących po stronie Zleceniodawcy w wypłacie należności Zleceniobiorcy 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.

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

20.Zleceniodawca zastrzega sobie jednostronnie możliwość odpowiedniego zmniejszenia limitu godzin Zleceniobiorcy, 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 Oddziału/Działu. O każdej takiej zmianie Zleceniodawca powiadamia Zleceniobiorcę, przesyłając stosowny aneks do umowy.
21.W przypadku braku akceptacji powyższego aneksu przez Zleceniobiorca, w terminie 45 dni od daty jego otrzymania, Zleceniodawca ma prawo rozwiązania niniejszej Umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 7

1.Przyjmujący zamówienie oświadcza i wyraża zgodę na to, że:

1.1.realizując przedmiot umowy działa w imieniu i na rzecz Udzielającego zamówienie,
1.2.realizując przedmiot Umowy zobowiązuje się do wykorzystywanie pomieszczeń Udzielającego zamówienie, aparatury i sprzętu medycznego, produktów leczniczych, wyrobów oraz leków i materiałów medycznych tylko i wyłącznie dla potrzeb realizacji przedmiotu Umowy,
1.3.zobowiązuje się do zapewnienia właściwych standardów leczenia, odpowiadających wymogom aktualnej wiedzy medycznej, przy wykorzystaniu aparatury medycznej, sprzętu medycznego udostępnionych mu przez Udzielającego zamówienie oraz wyrobów medycznych i leków zapewnionych przez Udzielającego zamówienie oraz zachowania szczególnej staranności w ich racjonalnym wykorzystywaniu,

1.4.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 Udzielającego zamówienia,
1.5..nie dokona przeniesienia wierzytelności pieniężnych związanych z realizacją niniejszej umowy na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego zamówienia oraz nie dokona żadnych innych czynności, w wyniku których doszłoby do zmiany strony umowy. Ewentualna zgoda Udzielającego zamówienia 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 Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.

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

4.Przyjmujący Zamówienie będzie zobowiązany do zwrotu kar finansowych, kar umownych, odszkodowań lub innych obciążeń nałożonych na Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne podmioty do tego uprawnione które zostać mogą nałożone wskutek niewykonywania lub nienależytego wykonywania niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie, ale nie więcej niż do równowartości trzykrotności wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie w tym miesiącu, w którym miała miejsce szkoda.

5.Powyższe może być potrącane przez Udzielającego zamówienia z wynagrodzenia Przyjmującego Zamówienie należnego za poszczególne okresy rozliczeniowe.

6.Przyjmujący zamówienie 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).

7.Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w zdaniu powyżej, przez cały okres obowiązywania Umowy. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Udzielającemu zamówienia najpóźniej na 1 dzień przed dniem rozpoczęcia wykonania Umowy. Brak aktualnej polisy, o której mowa w ust. 6, stanowi podstawę do rozwiązaniu niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 8

Przyjmujący zamówienie 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 medyczna w Szpitalu,

c) zachowania poufności danych i informacji dotyczących Udzielającego zamówienie.

§ 9

1. 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, 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 Zamówienia do rozwiązania niniejszej umowy.

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

3.1.10% wynagrodzenia miesięcznego z tytułu nienależytego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z niniejszej umowy, tj. nie realizowania zapisów § 7 umowy, błędów w prowadzonej dokumentacji medycznej stwierdzonych w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia, jak również NFZ.

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

4.Udzielający Zamówienia 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 niniejszej usługi.

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

§ 10

Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia .....r. i ulega rozwiązaniu z dniem..... z zastrzeżeniem ust. od 1-5.**

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

g) stwierdzenia przez Udzielającego zamówienia powtarzających się nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej i innej niezbędnej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
h) powtarzającego się naruszenia porządku obowiązującego u Udzielającego zamówienie,
i) zmian organizacyjnych polegających na likwidacji, ograniczeniu lub określeniu innego sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,

2. Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę w formie pisemnej ze skutkiem natychmiastowym, w przypadkach, gdy Przyjmujący zamówienie:
   m) został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca,
   n) utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony przez organ uprawniony,
   o) zgłosił się do pracy lub udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym,
   p) popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sadowym,
   q) nie udokumentuje przed upływem obowiązywania dotychczasowego ubezpieczenia podpisania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na dalszy okres wykonywania świadczeń zdrowotnych
   r) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy pomiędzy Udzielającym zamówienia, a płatnikiem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Udzielającego zamówienia 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,

dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego.

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

§ 11

Zasady powierzenia przetwarzania danych osobowych są objęte odrębną umową.

§ 12

Przyjmujący Zamówienie 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.

§ 13

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 Udzielającego zamówienia.

4. Umowa niniejsza sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jednym dla Przyjmującego zamówienie i jednym dla Udzielającego zamówienie.

Przyjmujący zamówienie **Udzielający zamówienia**

Załącznik nr 1 do umowy zlecenie nr /2026

Dane udzielającego świadczeń:

Chęciny, dnia .....

.....

.....

(adres Zleceniobiorcy)

MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE DO RACHUNKU
wykonanych świadczeń zdrowotnych do rachunku

Oddział/ Dział .....

miesiąc ..... rok .....r.

Potwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych:

W okresie od ..... do ..... *nie przebywałem(am) /przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim.

Lp	Imię i nazwiska pacjenta	Ilość godzin	Ilość wizyt	Ilość dni opieki	Hospitalizacja pacjenta
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5

UMOWA (WZÓR)
Powierzenia przetwarzania danych osobowych

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
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 – jakiekolwiek 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 2026r., 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, zabraniem 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
Obowiązywanie 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@czerwonagora.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**