

OGŁOSZENIE

KONKURSU OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Działając na podstawie art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190)

Prezes Zarządu

Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

ogłasza konkurs ofert

i zaprasza do składania ofert na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie:

a. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.16) oraz

b. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym – UE (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.14)

w okresie od dnia 01.01.2020 r. do dnia 31.12.2020 r.

1. Szczegółowe warunki konkursu i materiały informacyjne dostępne są w siedzibie zamawiającego – Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski tel. **54 282 80 16** oraz na stronie internetowej: **<http://www.szpital-aleksandrow.internetdsl.pl>**

2. Dodatkowe informacje można uzyskać od mgr Paulina Wesołowska nr tel. 54/282 80 16

**3. Oferty należy składać w zamkniętych kopertach, opatrzonych napisem:
„ KONKURS OFERT - POZN”**

do dnia 13.12.2019 r. do godz. 10.30 w siedzibie zamawiającego – Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski, (sekretariat – pok. Nr 9), na druku stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia.

4. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert nastąpi w terminie do 7 dni od rozstrzygnięcia konkursu, poprzez zamieszczenie na stronie internetowej **<http://www.szpital-aleksandrow.internetdsl.pl>**

5. Termin związania ofertą wygasa po upływie 30 dni od ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu.

6. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o. o. zastrzega sobie prawo odwołania konkursu ofert w wybranym zakresie bądź w całości lub przesunięcie terminu składania ofert bez podania przyczyny.

mgr Mariusz Trojanov

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kuj.
NIP 8911530126

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

1. Postępowanie konkursowe prowadzone jest na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190)
2. Organizatorem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwanym dalej Udzielającym Zamówienie, jest :

**Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski**

Przedmiotem konkursu ofert jest wybranie przez Udzielającego Zamówienie oferty na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie:

- a. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.16) oraz
- b. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym – UE (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.14)

w okresie od dnia 01.01.2020 r. do dnia 31.12.2020 r.

1. Warunkiem przystąpienia i udziału w konkursie jest złożenie Udzielającemu Zamówienie przez Oferenta oferty w formie pisemnej, na formularzu ofertowym według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Konkursu oraz potwierdzonych „ za zgodność z oryginałem” przez Oferenta kopii dokumentów wymienionych w niniejszych Warunków Konkursu.
2. Oferent załącza do wypełnionego formularza ofertowego następujące dokumenty:
 - a. zaświadczenie o wpisie do działalności gospodarczej/wypis z KRS
 - b. zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON
 - c. decyzja o nadaniu numeru NIP
 - d. pełnomocnictwo w przypadku działania Oferenta przez pełnomocnika
 - e. wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą potwierdzający możliwość wykonywania przez Oferenta świadczeń będących przedmiotem konkursu
 - f. dyplom, prawo wykonywania zawodu, dyplomy posiadanych specjalizacji lub zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji oraz inne zaświadczenia, certyfikaty i dyplomy dokumentujące uprawnienia do wykonywania oferowanego zakresu świadczeń przez osoby realizujące te świadczenia
 - g. kopia polisy ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, zgodnej z zapisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej(Dz. U. z 2018 r. poz. 2190).
3. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty. Dokumenty wchodzące w skład oferty nie podlegają zwrotowi.
4. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, na kolejno ponumerowanych stronach, parafowanych przez Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie i dostarczyć na adres:

**Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kujawski
Administracja pokój nr 9 - sekretariat**

do dnia 13.12.2019 r. do godziny 10.30

Na kopercie powinny znajdować się pełna nazwa i adres siedziby Oferenta oraz dopisek:

„ KONKURS OFERT - POZN”

Liczba stron (ile stron zawiera złożona oferta)”.

5. Komisja konkursowa otworzy koperty z ofertami w siedzibie Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o., ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski, pokój nr 8, w dniu 13.12.2019 r. o godzinie 12.00
6. Komisja konkursowa odrzuci ofertę:
 - a. złożoną przez Oferenta po terminie;
 - b. zawierającą nieprawdziwe informacje
 - c. jeżeli Oferent nie wypełnił w całości formularza oferty
 - d. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia
 - e. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów
 - f. jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną
 - g. jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa lub warunków określonych przez Udzielającego Zamówienie
7. W przypadku gdy Oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja konkursowa wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w terminie dwóch dni pod rygorem odrzucenia oferty
8. Przy wyborze oferty Udzielający Zamówienie stosował będzie kryterium ceny – 100% w podziale na niżej podane podkryteria;
 - a. **Cena w postaci kwoty** za realizację świadczeń nocnych i świątecznych opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym (kod zakresu 01.0000.162.16) – 99 %

Sposób obliczania wartości punktowej za realizację świadczeń nocnych i świątecznych opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym

$$\frac{C_n}{C_o} \times 100 \times \dots \% = P_{c1}$$

C_n - cena najniższa
 C_o - cena oferty badanej
 100 - stały współczynnik
 P_{c1} - liczba punktów za kryterium ceny w postaci kwoty

- b. **cena w postaci procenta** kwoty uiszczonej przez NFZ za realizację świadczeń nocnych i świątecznych opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym UE (kod zakresu 01.0000.162.14) - 1 %

Sposób obliczania wartości punktowej za realizację świadczeń nocnych i świątecznych opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym UE

$$\frac{C_n}{C_o} \times 100 \times \dots \% = P_{c1}$$

C_n - cena najniższa
 C_o - cena oferty badanej
 100 - stały współczynnik
 P_{c1} - liczba punktów za kryterium ceny w postaci procenta

9. Komisja konkursowa wybiera ofertę z największą liczbą punktów.
10. Jeżeli nie można wybrać oferty z największą liczbą punktów, z powodu złożenia kilku ofert z najwyższą liczbą punktów, to Udzielający Zamówienia może unieważnić konkurs.
11. Udzielający zamówienia unieważnia konkurs ofert gdy :
 - a. nie wpłynęła żadna oferta

- b. odrzucono wszystkie oferty
 - c. kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienie przeznaczył na finansowanie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania.
 - d. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że przeprowadzenie konkursu lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego Zamówienie, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
- 12. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi po zatwierdzeniu prac komisji konkursowej przez Prezesa Zarządu Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o
 - 13. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert nastąpi w terminie do 7 dni od rozstrzygnięcia konkursu, poprzez zamieszczone na stronie internetowej <http://www.szpital-aleksandrow.internetsl.pl> i wywieszenie informacji na tablicy ogłoszeń w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.
 - 14. Udzielający Zamówienie zawiera umowę z wybranym Oferentem w terminie do 30 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, pod warunkiem posiadania stosownej zgody dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
 - 15. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert w części lub w całości oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyn.

P R E Z E S

mgr Mariusz Trojanowski

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Sp. z o.o.
ul. Słowackiego 18
87-700 Aleksandrów Kuj.
NIP 8911530126

OFERTA NA KONKURS OFERT

na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie:

- a. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.16) oraz
- b. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym – UE (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.14), zwanych dalej świadczeniami

I. Dane Oferenta

1. Pełna nazwa

.....

2. Adres korespondencji:

ul. nr

kod pocztowy miejscowość

3. Tel. fax e-mail.....

4. Regon

5. NIP

6. Nr wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej

i nazwa organu ewidencyjnego.....

7. Nr KRS

8. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Nr.....

II. Oświadczenie Oferenta:

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz że uzyskałem(am) wszystkie konieczne informacje do przygotowania niniejszej oferty.

.....
data miejscowość

.....
podpis Oferenta

III. Oferowana stawka:

- a.zł brutto miesięcznie za realizację świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.16) oraz
- b. % kwoty uiszczanej przez NFZ za realizację świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym - UE (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.14)

.....
data miejscowość

.....
podpis Oferenta

IV. Adres miejsca realizacji świadczeń ¹

Aleksandrów Kujawski ul.

¹ – miejsce realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych musi być zlokalizowane maksymalnie w odległości 100 m od siedziby Udzielającego Zamówienia. Pomieszczenia, w których świadczona będzie pomoc nie muszą stanowić własności Przyjmującego Zamówienie, mogą być realizowane np. w drodze najmu lub dzierżawy.

.....
data miejscowość

.....
podpis Oferenta

Załączniki:

1. Dane osób udzielających świadczeń zdrowotnych
2. Zaakceptowany wzór umowy

Dane osób udzielających świadczeń zdrowotnych

L.p.	Imię i nazwisko	nr prawa wyk. zawodu	specjalizacja lub termin zakończenia specjalizacji
1.			

.....

data

miejsowość

.....

podpis Oferenta

UMOWA

-wzór-

zawarta w dniu r. w Aleksandrowie Kujawskim, pomiędzy:

Powiatowym Szpitalem w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o.

ul. Słowackiego 18

87-700 Aleksandrów Kujawski

Posługującym się numerem identyfikacji podatkowej NIP 891-153-01-26, REGON: 911344332, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego; Rejestru Przedsiębiorców pod numerem KRS 0000199929 prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Toruniu, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, z kapitałem zakładowym 5 100.000,00 zł zwanym dalej „Udzielającym Zamówienie”, reprezentowanym przez:

1. Prezesa - mgr Mariusza Trojanowskiego

a

..... z siedzibą, wpisanym do

REGON, NIP

zwanym w dalszej treści umowy „Przyjmującym Zamówienie”,

§ 1

1. Udzielający Zamówienia powierza, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wykonania realizowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie:
 - a. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (pacjenta) na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym (kod zakresu świadczeń gwarantowanych - 01.0000.162.16) oraz
 - b. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (pacjenta) na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym – UE (kod zakresu świadczeń gwarantowanych 01.0000.162.14)zwanym w dalszej treści umowy "świadczeniami".
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się realizować świadczenia zgodnie z:
 - a. warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej ustawą oraz rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy,
 - c. przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”,
 - c. szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w stosownym zarządzeniu, zwanym dalej zarządzeniem.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się realizować świadczenia w warunkach ambulatoryjnych w następującej lokalizacji: **Aleksandrów Kujawski ul.¹**

§ 2

1. Strony zgodnie ustalają, że zakres świadczeń realizowanych przez Przyjmującego Zamówienie obejmuje realizację wszystkich świadczeń gwarantowanych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem:
 - a. świadczeń udzielanych przez pielęgniarki zatrudnione przez Udzielającego Zamówienie w lokalizacji, o której mowa w § 1 ust. 3;
 - b. zapewnienia sprzętu i oprogramowania niezbędnego do prowadzenia elektronicznej wersji dokumentacji medycznej udzielanych świadczeń, sporządzanej na potrzeby rozliczeniowo-statystyczne wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Sprzęt oraz oprogramowanie, o którym mowa w zdaniu pierwszym zapewni Udzielający Zamówienia w sposób opisany w § 4.
2. Świadczenia wyłączone z zakresu świadczeń realizowanych przez Przyjmującego Zamówienie, o których mowa w ust.1 pkt a, będą wykonywane przez Udzielającego Zamówienie.

§ 3

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się realizować świadczenia przez osoby wymienione w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w jego dyspozycji służące wykonaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz wymagany sprzęt.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się realizować świadczenia według harmonogramu dostarczanego Udzielającemu Zamówienia w terminie do 25-tego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc udzielania świadczeń. Wzór harmonogramu udzielania świadczeń stanowi **załącznik nr 2** do umowy.

§ 4

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie możliwość bieżącego i elektronicznego informowania Udzielającego Zamówienia o realizacji świadczeń. W tym celu Udzielający Zamówienia dostarczy Przyjmującemu Zamówienie niezbędny sprzęt i oprogramowanie oraz przeszkoli pracowników Przyjmującego Zamówienie, natomiast Przyjmujący Zamówienie dostarczy Udzielającemu Zamówienia listę użytkowników, którą na bieżąco będzie aktualizował. Przyjmujący Zamówienie, w celu realizacji ustaleń, o których mowa wyżej, zobowiązuje się zapewnić urządzeniom Udzielającego Zamówienia stały dostęp do internetu o odpowiedniej przepustowości nie mniejszej niż 4Mbps/1Mbps. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się natychmiast informować Udzielającego Zamówienie o awariach sprzętu i oprogramowania, wspomnianych powyżej.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu Zamówienia dane o realizacji świadczeń za dany miesiąc rozliczeniowy, najpóźniej w terminie do 3-go dnia miesiąca następnego.
3. Dane, o których mowa w ust. 2, obejmują informacje zawierające w szczególności dane wymienione w § 10 zarządzenia, w tym informacje o osobach upoważnionych do dostępu do dokumentacji medycznej.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się współpracować z Udzielającym Zamówienia w razie, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia zakwestionuje czynności sprawozdawcze Udzielającego

ego Zamówienia. W takiej sytuacji, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się skorygować dane lub podjąć inne czynności niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od daty wystąpienia ze stosownym wnioskiem przez Udzielającego Zamówienia.

5. Strony zgodnie ustalają, że Udzielającemu Zamówienia będzie przysługiwała kara umowna, za niewykonanie przez Przyjmującego Zamówienie obowiązku., o którym mowa w ust. 4 i 6 w wysokości 200 zł za każdy dzień opóźnienia.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przekazywania informacji dotyczących porad udzielanych telefonicznie Udzielającemu Zamówienie w terminie do dnia 5-ego miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym na formularzu stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy.
7. W przypadku nie stosowania obowiązków wynikających z zapisu § 4 ust. 4 i 6, którego skutkiem będzie naliczenie mniejszego ryczału Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie realizować pełny zakres świadczeń umownych z zapłatą mniejszą o sumę zmniejszonego ryczału, a w przypadku zmniejszenia na kolejne okresy Przyjmujący Zamówienie będzie ponosił odpowiedzialność na zasadach ogólnych Kodeksu cywilnego.
8. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do wyznaczenia osoby upoważnionej i zobowiązanej do kontaktów z Udzielającym Zamówienie w kwestii przekazywanych danych do Narodowego Funduszu Zdrowia i dokonywanie ewentualnych korekt zakwestionowanych danych.

§ 5

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z przepisami, w tym z normami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 2015 poz. 2069).
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zwrotu środków finansowych z tytułu ewentualnie nałożonych kar, w tym przez Narodowy Fundusz Zdrowia za naruszenie zasad prowadzenia dokumentacji medycznej oraz warunków zawartych w umowie podpisanej przez Udzielającego Zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia, które to zaniedbania wynikły z winy Przyjmującego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wystawiania recept zgodnie z przepisami, w tym z normami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz.U. 2018 poz. 745 z późniejszymi zmianami).
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do drukowania recept na własny koszt oraz przygotowania pieczętki na potrzeby realizacji zamówienia zgodnie z komunikatem operatora systemu SZOI numer 312385 z dnia 28.09.2017 r. wydanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowiący **załącznik nr 3** do umowy.

§ 6

1. Dokumentacja medyczna sporządzona przez Przyjmującego Zamówienie stanowi własność Udzielającego Zamówienia i będzie przechowywana przez Przyjmującego Zamówienie.
2. Udostępnienie dokumentacji medycznej, o której mowa w ust.1, nastąpić może wyłącznie za zgodą Udzielającego Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wydać Udzielającemu Zamówienia dokumentację medyczną, w terminie 7 dni po zakończeniu trwania umowy.

§ 7

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli ze strony Udzielającego Zamówienia lub upoważnionych przez niego osób, jak również podmiotu kontrolującego Udzielającego Zamówienia, w tym Wojewódzką i Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w zakresie posiadania przez Przyjmującego Zamówienie wszystkich obowiązujących procedur postępowania w placówce medycznej, oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, w szczególności w zakresie:
 - a) sposobu i zakresu udzielanych świadczeń,
 - b) ilości udzielonych świadczeń,
 - c) dostępności udzielonych świadczeń,
 - d) prawidłowości wykorzystywania powierzonych środków,
 - e) sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonać zalecenia pokontrolne zawarte w protokole kontroli.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się informować Udzielającego Zamówienia na jego żądanie, o zakresie realizacji umowy.
4. Zasady i warunki kontroli pod względem merytorycznym określają odrębne przepisy.
5. Jeżeli Udzielający Zamówienia (lub wyznaczona przez niego osoba) w wyniku przeprowadzonej kontroli, stwierdzi uchybienia w realizacji niniejszej umowy przez Przyjmującego Zamówienie i wyda stosowne zalecenia pokontrolne wyznaczając także odpowiedni termin usunięcia uchybień (co najmniej 7 dniowy), to w przypadku ich nie usunięcia w wyznaczonym terminie, umowa ulega rozwiązaniu od dnia następnego po upływie wyznaczonego terminu.

§ 8

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach ustalonych ustawą o działalności leczniczej i wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych w całym okresie obowiązywania niniejszej umowy.
2. Nie dopełnienie przez Przyjmującego Zamówienie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, stanowi podstawę do rozwiązania niniejszej umowy przez Udzielającego Zamówienia bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 9

1. Strony ustalają, że Przyjmującemu Zamówienie będzie przysługiwać:
 - a. za realizację świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt a - wynagrodzenie w wysokości:- **zł brutto (słownie: złotych)** miesięcznie.
 - b. za realizację świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt b – wynagrodzenie w kwocie stanowiącej % wartości danego świadczenia uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Strony zgodnie ustalają, że wynagrodzenie będzie płatne na podstawie faktury Przyjmującego Zamówienie wystawionej najwcześniej po wykonaniu przez niego obowiązku, o którym mowa § 4 ust.2. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się zapłacić wynagrodzenie w terminie 3 dni po otrzymaniu od Narodowego Funduszu Zdrowia należności za świadczenia objęte daną fakturą Przyjmującego Zamówienie.

§ 10

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

§ 11

1. Udzielający Zamówienia upoważnia Przyjmującego Zamówienie do przetwarzania danych osobowych objętych zbiorem danych osobowych o nazwie: dane osobowe pacjentów zawarte w dokumentacji medycznej. W.w. upoważnienie umożliwia Przyjmującemu Zamówienie przetwarzanie danych osobowych udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia poufności danych osobowych pozyskanych lub udostępnionych mu w związku z wykonywaniem umowy a w szczególności do tego, że nie będzie w okresie obowiązywania umowy oraz po jej zakończeniu: przekazywać, ujawniać lub wykorzystywać danych osobowych osobom nieuprawnionym oraz, że informacje takie zostaną wykorzystane wyłącznie w celu realizacji umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do zapewnienia ochrony danych osobowych pozyskanych lub udostępnionych mu w związku z wykonywaniem umowy, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. 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. Nr 100, poz. 1024) lub innymi regulacjami o charakterze wewnętrznym w tym przedmiocie, obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.
4. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do spełnienia wymagań technicznych odpowiednich dla urządzeń i systemów informatycznych służących do przetwarzania danych osobowych, na których będą przetwarzane dane osobowe pozyskane lub udostępnione w związku z wykonywaniem umowy, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. 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. Nr 100, poz. 1024).
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do współpracy z Udzielającym Zamówienia , której celem będzie przestrzeganie „Polityki bezpieczeństwa w zakresie przetwarzania i ochrony danych osobowych w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o. o” przez pracowników wyznaczonych przez Zleceniobiorcę do przetwarzania danych osobowych w ramach umowy.
6. W przypadku, gdy umowa uprawnia Przyjmującego Zamówienie do jej wykonywania przy udziale osób trzecich, postanowienia niniejszej umowy rozciągają się również na te osoby, przy czym Przyjmujący Zamówienie odpowiada za działania lub zaniechania osób, którymi się posługuje lub którym powierza wykonanie niniejszej umowy, jak za działania lub zaniechania własne.

§ 12

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków

niniejszej umowy oraz innych informacji i danych stanowiących tajemnicę Udzielającego Zamówienie, uzyskanych w związku z wykonywaniem tej umowy oraz zobowiązuje się do przestrzegania zapisów ustawy z dnia 05.08.2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. 2010, nr 182, poz. 1228) oraz aktów wykonawczych do nich.

2. Naruszenie któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 1 lub naruszenie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) uprawnia Udzielającego Zamówienia do nałożenia na Przyjmującego Zamówienie kary w wysokości 4000 zł (słownie: cztery tysiące złotych) lub rozwiązania niniejszej umowy przez Udzielającego Zamówienia bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 13

1. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, złożonego na piśmie ze skutkiem na koniec miesiąca.
2. Umowa może zostać rozwiązana przez Udzielającego Zamówienie przed upływem terminu określonego w § 10 ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie nienależyte spełnia nałożone na niego obowiązki wynikające z w/w umowy.

§ 14

Umowa wygasa w przypadku, gdy zajdą okoliczności, których nie można było przewidzieć przy zawarciu umowy, a które uniemożliwiają wykonanie umowy, w szczególności:

- a) w przypadku likwidacji Udzielającego Zamówienie,
- b) w przypadku likwidacji Przyjmującego Zamówienie,
- c) w przypadku wygaśnięcia umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienie z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia finansującej działalność jednostki organizacyjnej Udzielającego Zamówienie, w której Przyjmujący Zamówienie udziela świadczeń zdrowotnych,

§ 15

Strony dopuszczają możliwość dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość ustalonych kar umownych.

§ 16

1. Ewentualne spory mogące wynikać na tle realizacji niniejszej umowy, strony poddają w pierwszej kolejności rozstrzygnięciu na drodze polubownej.
2. Dopiero w przypadku niemożności osiągnięcia porozumienia na drodze polubownej w ciągu 10 dni, strony uprawnione są skierować sprawę do właściwego Sądu.

§ 17

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

¹ – miejsce realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych musi być zlokalizowane maksymalnie w odległości 100 m od siedziby Udzielającego Zamówienia. Pomieszczenia, w których świadczona będzie pomoc nie muszą stanowić własności Przyjmującego Zamówienie, mogą być realizowane np. w drodze najmu lub dzierżawy.

Oświadczenie Oferenta

W razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się podpisać umowę zgodnie z powyższym wzorem. Oświadczam, że mam świadomość, iż zawarcie ze mną umowy wymaga zgody dyrektora właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Mając powyższe na uwadze oświadczam, że brak w. w. zgody nie będzie rodził po mojej stronie jakichkolwiek roszczeń wobec Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

.....
data miejscowość

.....
podpis Oferenta

Harmonogram realizacji świadczeń w r.**a. lekarz w warunkach ambulatoryjnych**

Dni tygodnia	Imię i nazwisko	godziny pracy od..... do.....	stanowisko
poniedziałek			
wtorek			
środa			
czwartek			
piątek			
sobota			
niedziela			

b. lekarz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy

Dni tygodnia	Imię i nazwisko	godziny pracy od..... do.....	stanowisko
poniedziałek			
wtorek			
środa			
czwartek			
piątek			
sobota			
niedziela			

.....
data miejscowość

.....
podpis Oferenta