

REGULAMIN
KONKURSU OFERT
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie konsultacji hematologicznych
w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzany jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15. 04. 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024, poz.799z póź.zm.) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 146 z póź. zm).
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekróć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

- a) **Udzielającym Zamówienia** — rozumie się przez to ZESPÓŁ SZPITALI POWIATU GLIWICKIEGO spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
- b) **przedmiocie konkursu ofert** — rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania **konsultacji hematologicznych** w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego sp. z o.o. Szpital w Knurowie,
- c) **formularzu oferty** — rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
- d) **oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,
- e) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
- f) **oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
- g) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia badań lekarskich oraz szkolenia bhp i p/poż** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu,
- h) **oświadczeniu o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu,
- i) **umowie** — rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiącą **Załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu,
- j) **klauzuli informacyjnej z art. 13. RODO** — rozumie się przez to obowiązujący formularz informacyjny opracowany przez Udzielającego Zamówienie stanowiący **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu,
- k) **oświadczenie o dokumentach potwierdzających kwalifikacje** - potwierdzenie wykształcenia i kwalifikacji będących w posiadaniu Zespołu Szpitali Powiatu Gliwickiego sp. zoo - **załącznik nr 9**,

- 1) **Oferencie** — uprawnione do składania ofert osoby fizyczne, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

PKWiU: 86 — usługi w zakresie opieki zdrowotnej,

86.21.10 / Usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej

III Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **udzielania konsultacji hematologicznych** w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla osób fizycznych na rzecz pacjentów hospitalizowanych na terenie placówki medycznej.

III a) Szczegółowe Wymagania związane z realizacją przedmiotu zamówienia:

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.
4. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu Informatycznego w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
5. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji przyjętego zamówienia zgodnie ze wzorem odzieży ochronnej obowiązującym w zakładzie Udzielającego Zamówienia.
6. Poprzez podpisanie umowy, której wzór zamieszczono w Regulaminie postępowania zał 7, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur wewnętrznego systemu jakości, w tym standardowych procedur operacyjnych (SOP) i procedur ISO, przestrzegania przepisów BHP oraz zgłaszania Udzielającemu zamówienie wszelkich zdarzeń niepożądanych zaistniałych podczas konsultacji pacjenta.
7. Przyjmujący Zamówienie wykonuje inne czynności związane bezpośrednio z pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami nie objęte niniejszym zakresem w celu ratowania zdrowia i życia ludzkiego oraz związane z podnoszeniem kwalifikacji własnych i kształconych na oddziale innych lekarzy, personelu medycznego.

IV. Wymagany termin realizacji : 01.03.2025 r. – 28.02.2027r.

V. Wymagania w stosunku do Oferentów

Oferty mogą składać osoby spełniające następujące wymagania:

1. Warunki wymagane:
 - prawo wykonywania zawodu lekarza — udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,
 - lekarz specjalista lub lekarz ze specjalizacją II stopnia lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w **dziedzinie hematologii** - udokumentowane pod rygorem odrzucenia oferty,

- spełnianie warunków określonych art. 18, ust.1 pkt. 1,2,4,5 oraz ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*,
- działalność gospodarcza

VI. Termin związania ofertą

Termin związania ofertą — 30 dni od upływu terminu składania ofert.

VII. Zawartość oferty

Oferta musi zawierać:

- 1) wypełniony formularz ofertowy — załącznik nr 1,
- 2) oświadczenie o danych identyfikacyjnych Oferenta - załącznik nr 2*,
- 3) kopię aktualnej polisy OC — załącznik nr 3,
- 4) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
- 5) oświadczenie dotyczące lekarskich badań profilaktycznych oraz wymaganych szkoleń - załącznik nr 5,
- 6) oświadczenie o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych - załącznik nr 6,
- 7) zaakceptowany dla danej części - załącznik nr 7 — „wzór umowy”,
- 8) zaakceptowaną klauzulę informacyjną z art.13 RODO - załącznik nr 8,
- 9) oświadczenie potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje będące w posiadaniu Szpitala w Knurowie sp. z o. o., - załącznik nr 9,
- 10) kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje (w przypadku oferentów składających kserokopie we wcześniejszych postępowaniach, dopuszcza się złożenie oświadczenia, iż kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje są już w posiadaniu w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego sp. z o.o..

VIII. Informacje dotyczące warunków składania ofert

Oferty należy składać w formie pisemnej na formularzach Udzielającego Zamówienia w zamkniętych kopertach opatrzonych danymi Oferenta (nazwa Oferenta, adres do korespondencji oraz dane kontaktowe)

- 1) Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
- 2) Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 3) Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez Oferenta lub przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
- 4) Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
- 5) Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie.

Opis koperty:

.....

Zespół Szpitali Powiatu Gliwickiego sp. z o.o., ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów.

Oferta — konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji hematologicznych w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego sp. z o. o.

data :.....

nazwa i adres oferenta :.....

.....

IX. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty należy składać w **sekretariacie** siedziby Udzielającego Zamówienia do dnia **06.02.2025r. do godziny 15:00.**

Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

X. Miejsce i termin otwarcia ofert:

Zespół Szpitali Powiatu Gliwickiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą przy ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów

Termin otwarcia ofert: **07.02.2025r. godz. 11.00**

XI. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:

Zespół Szpitali Powiatu Gliwickiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą przy ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów

Termin rozstrzygnięcia konkursu **07.02.2025 roku**

XII. Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

Strona internetowa Zespołu Szpitali Powiatu Gliwickiego sp.. z o. o: **www.zspgliwice.pl.pl**;

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: **07.02.2025 roku**

XIII. Kryteria oceny ofert:

Kryterium oceny ofert:

100% cena

Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, spełniającego wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.

Udzielający Zamówienia określa swoje zapotrzebowanie w ilości:

- maksymalnie 100 konsultacji hematologicznych

- maksymalnie 80 biopsji szpiku z oceną cytomorfologiczną szpiku/krwi obwodowej w okresie 01.03.2025r. – 28.02.2027 r.

Oferta musi zawierać ostateczną wartość brutto obejmującą wszystkie koszty.

Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku wg tabeli:

ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT

Rozstrzygnięcie konkursu ofert zostanie ogłoszone na stronie internetowej www.zspgliwice.pl.

Dane oferenta	
	Nazwa oferenta: Adres:

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH

OFERENTA Nazwa oferenta:

Adres

NIP REGON

Tel. kontaktowy

Adres mailowy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Data

podpis / pieczęć oferenta

* wypełnić właściwe

Załącznik nr 3 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

Oświadczam, iż w związku z wykonywaniem niniejszej umowy posiadam ważną i opłaconą polisę/polisy ubezpieczenia OC:

obowiązkowego,

dobrowolnego na wartość

Data

podpis / pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam / em się z warunkami konkursu do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 7.

Data.....

podpis / pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta:

Adres.....

Oświadczam, że odpisy lub kserokopie aktualnych badań lekarskich oraz dokumenty potwierdzające odbyte szkolenie okresowe bhp i p/poż zostaną dostarczone przeze mnie w dniu podpisania umowy. Przedmiotowe dokumenty zostaną dostarczone wraz z oryginałami celem potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez pracownika Udzielającego Zamówienia.

Data.....

podpis / pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Nazwa oferenta

Oświadczam, iż w ramach prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszym postępowaniu oraz, iż w przypadku zawarcia umowy określonej w załączniku nr 7 nie zawrę odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Data.....

podpis / pieczęć oferenta

Podstawa prawna: art.132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 poz. 146 z późn.zm.)

UMOWA NR/2025
O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

zawarta dnia..... w Knurowie , pomiędzy:
ZESPOŁEM SZPITALI POWIATU GLIWICKIEGO spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Knurowie przy ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów, NIP: 969 155 41 18 Regon: 241297217, wpisanej do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, dla której akta rejestrowe prowadzi Sąd Rejonowy w Gliwicach, Wydział X Gospodarczy KRS 0000334712,

Reprezentowanym przez:

Prezes Zarządu – Magdalenę Kot

zwanym w dalszej części umowy „**Udzielającym zamówienia**”

a

Panem.....prowadzącym działalność gospodarczą p.n....., z siedzibą.....NIP:....., REGON:.....

zwaną w dalszej części umowy: „**Przyjmującym Zamówienie**”.

Niniejsza umowę zawarto w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert ogłoszonego w dniu **03.02.2025r. na świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji specjalistycznych hematologicznych i dokonanego wyboru oferty Przyjmującego Zamówienie.**

§1

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i że nie został pozbawiony prawa do ich wykonywania, ani że prawa te nie są zawieszane.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż w dacie zawarcia umowy i w czasie jej trwania posiada i będzie posiadał aktualne dokumenty w szczególności ubezpieczenie cywilne, prawo wykonywania zawodu, orzeczenie lekarskie od lekarza profilaktyka.

§2

Określenie przedmiotu umowy

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w zakresie udzielonego zamówienia zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty na zasadach określonych w niniejszej umowie, a Udzielający Zamówienia do zapłaty wynagrodzenia ze środków publicznych za wykonane świadczenia zdrowotne.

§3

Określenie zakresu świadczeń zdrowotnych

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **konsultacji specjalistycznych hematologicznych** w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego sp. z o.o. w Szpitalu w Knurowie; ul. Niepodległości 8; 44-190 Knurów..
2. W ramach niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać czynności na rzecz i zlecenie Udzielającego Zamówienia związane z wykonywaną w ramach niniejszej umowy pracą zawodową, zgodnie z kwalifikacjami oraz umiejętnościami które posiada Przyjmujący Zamówienie i świadczyć je dla pacjentów z najwyższą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Szczegółowy zakres czynności i obowiązków Przyjmującego Zamówienie określa załącznik nr 4 do umowy.
3. W przypadku, gdyby z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, nie doszło do wykonania świadczenia wpisanego w harmonogramie i niezapewnienia zastępstwa, Udzielający Zamówienia może obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną wyliczoną jako równowartość iloczynu stawki godzinowej oraz ilości godzin zaplanowanych w harmonogramie, które nie zostały wykonane.

§4

Określenie sposobu organizacji i udzielania świadczeń

1. Sposób organizacji udzielania świadczeń określa Regulamin Organizacyjny Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapoznania i przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego, o którym mowa w ust. 1, przepisów prawa, aktów wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia w tym instrukcji, procedur, norm, standardów.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest odbyć wymagane prawem szkolenie BHP i dostarczyć w dniu zawarcia umowy dokumenty to potwierdzające. W przypadku utraty ważności przedmiotowych dokumentów w trakcie trwania umowy, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek odbyć nowe szkolenie i dostarczyć dokumenty to potwierdzające w ciągu 7 dni od daty zakończenia szkolenia, zachowując ciągłość ich ważności.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest poddać się we własnym zakresie badaniom profilaktycznym oraz złożyć w siedzibie Udzielającego Zamówienia odpowiednie zaświadczenie lekarskie, potwierdzające odbycie z pozytywnym skutkiem takich badań.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do realizacji świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający przestrzeganie prawa, praw pacjenta, zasad etyki, poprawności stosunków interpersonalnych.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uczestnictwa w szkoleniach wskazanych przez Udzielającego Zamówienia.
7. Przyjmujący Zamówienie po podpisaniu umowy zobowiązuje się zgłosić do działu informatyki Udzielającego Zamówienia w celu wygenerowania loginu i hasła do systemu AMMS, w którym Przyjmujący Zamówienie będzie wpisywał treść swojej konsultacji do dokumentacji elektronicznej historii choroby pacjenta u którego odbyła się konsultacja.
8. W przypadku powstania sporów interpersonalnych i kompetencyjnych Przyjmujący Zamówienie deklaruje poddanie ich pod rozstrzygnięcie zespołu, komisji funkcjonujących w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego sp. z o. o., które mogą skierować sprawę do zespołu właściwego merytorycznie do rozpatrzenia sprawy.

§5

Określenie możliwości wykonywania udzielonego zamówienia przez osobę trzecią

1. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany wykonać umowę osobiście.
2. Powierzenie wykonywania zamówienia osobie trzeciej możliwe jest wyłącznie po wyrażeniu przez Udzielającego Zamówienia zgody na piśmie pod rygorem nieważności i może mieć miejsce tylko w uzasadnionych przypadkach.

§6

Określenie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za wyrządzone przez siebie szkody na zasadach ogólnych i oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej:
 - Obowiązkowe
 - Dobrowolne (nie)obejmujące odpowiedzialność za udzielane w ramach umowy świadczenia oraz utrzyma ich obowiązywanie przez cały okres trwania niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi wraz z Udzielającym Zamówienia odpowiedzialność solidarną za szkody będące następstwem udzielania przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany dostarczyć Udzielającemu Zamówienia dokument polisy / dokumenty polis w dniu podpisania niniejszej umowy. W przypadku utraty ważności, każdą kolejną polisę należy dostarczyć w terminie 7 dni o daty jej zawarcia zachowując ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.

§7

Określenie czasu, na który umowa została zawarta

1. Umowę zawiera się na czas określony od dnia 01.03.2025 r. do 28.02.2027

2. Upływ okresu obowiązywania umowy nie zwalnia Przyjmującego Zamówienie z wykonania zobowiązań powstałych w czasie jej trwania, w szczególności uzupełnienia/skorygowania dokumentacji medycznej. Przyjmujący Zamówienie realizuje zobowiązania w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

§8

Określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką Udzielający Zamówienia przekazuje Przyjmującemu Zamówienie z tytułu realizacji zamówienia

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do zapłaty za wykonane umowy:
 - jednej konsultacji hematologicznej kwotę:.....zł brutto (słownie:)
 - jednej biopsji z oceną cytomorfologiczną szpiku / krwi obwodowej kwotę:.....zł brutto (słownie:)
2. Cena za konsultację i biopsję szpiku wraz z oceną cytomorfologiczną jest stała i niezmienna przez okres obowiązywania umowy
3. W szczególnych przypadkach Udzielający Zamówienia przewiduje możliwość podwyżki kwoty, o której mowa w ust.1.

§9

Ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności

1. Ustala się miesięczny okres rozliczeń należności z tytułu realizacji umowy (przyjętego zamówienia).
2. Należność z tytułu realizacji umowy będzie wypłacana na podstawie przedłożonej przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku w przypadku osób zatrudnionych w ramach umowy cywilno-prawnej wraz z zatwierdzonymi przez Ordynatora / Kierownika komórki organizacyjnej oraz Dyrektora ds. Medycyny— załącznikami - „potwierdzeniem realizacji przyjętego zamówienia”, których wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy). Wykaz niezbędnych danych jakie zawierać powinna faktura/rachunek wystawiona przez Przyjmującego Zamówienie zawiera Załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
3. Oryginał faktury lub rachunku należy złożyć nie wcześniej niż w pierwszym dniu miesiąca następującym po miesiącu, w którym zrealizowano przedmiot umowy. Warunkiem wypłaty należności Przyjmującemu Zamówienie jest złożenie faktury/rachunku w sekretariacie zarządu Udzielającego Zamówienia i nie później niż do 7-go dnia miesiąca. Każdy dzień opóźnienia w przekazaniu skutkuje przesunięciem terminu zapłaty proporcjonalnie do ilości dni opóźnienia.
4. Należność przysługująca Przyjmującemu Zamówienie zostanie przelana na rachunek bankowy wskazany na fakturze / rachunku lub w odrębnym oświadczeniu w terminie do 25-tego dnia miesiąca.
5. Podstawą zapłaty faktury/rachunku jest prawidłowość, terminowość, poprawność złożonych dokumentów, a w szczególności załącznika nr 1.
6. Przyjmujący Zamówienie nie ma prawa do dokonania cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy, jak również nie może dokonywać ich obciążeń czy rozporządzać prawem lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych lub innych przewidzianych w Kodeksie Cywilnym, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności tej zgody wobec Udzielającego Zamówienia.

§10

Ustalenie trybu przekazywania Udzielającemu Zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia

1. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy wykonywane będą na podstawie indywidualnych zleceń wystawianych w systemie elektronicznym AMMS przez lekarzy oddziałowych Udzielającego Zamówienia.
2. W razie zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności uniemożliwiających podjęcie pracy, Przyjmujący Zamówienie informuje o tym fakcie Udzielającego Zamówienia (biuro zarządu – nr tel. 32 3319334 w dni robocze w godzinach 8.00-15.00 lub bezpośrednio sekretariat oddziału szpitala, w którym miała odbyć się konsultacja hematologiczna).
3. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek złożenia faktury o której mowa w §9 ust. 2 wraz z załączonym wykazem wykonanych konsultacji (załącznik nr 1 do umowy). Wykaz o którym mowa będzie zawierał

następujące dane: imię i nazwisko konsultowanego pacjenta, oddział na którym odbyła się konsultacja, data wykonania konsultacji, potwierdzenia oddziału wykonania konsultacji (pieczęć oddziału).

§11

Postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia

1. Każda ze stron ma możliwość rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, z zachowaniem **miesięcznego okresu wypowiedzenia**, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności. Wypowiedzenie Przyjmujący Zamówienie składa w sekretariacie Szpitala. Dopuszcza się wysłanie go listem poleconym z datą obowiązywania na datę wpływu do Szpitala.
2. Udzielający Zamówienia dopuszcza możliwość skrócenia okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1 na mocy porozumienia stron.
3. Udzielający Zamówienia jest uprawniony do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku gdy:
 - a) Przyjmujący Zamówienie utracił prawo wykonywania zawodu lub został zawieszony w prawie wykonywania zawodu przez właściwy organ,
 - b) Przyjmujący Zamówienie powierzył wykonanie umowy osobie trzeciej bez uzyskania pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia,
 - c) Przyjmujący Zamówienie nie przystąpił do wykonywania świadczeń, o których mowa w § 3 niniejszej umowy,
 - d) Przyjmujący Zamówienie jest nieobecny przez okres co najmniej 3 dni bez wiedzy i zgody Udzielającego Zamówienia,
 - e) Przyjmujący Zamówienie bez zgody i wiedzy Udzielającego Zamówienia nie wykonuje świadczeń do wykonywania których się zobowiązał w dniach określonych w harmonogramie,
 - f) Przyjmujący Zamówienie stawił się u Udzielającego Zamówienia w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub środków psychotropowych, odurzających lub innych o podobnym działaniu.

§ 12

Prawa i obowiązki Przyjmującego Zamówienie oraz Udzielającego Zamówienia

1. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w Zespole Szpitali Powiatu Gliwickiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, szczegółowymi wymogami NFZ oraz wewnętrznymi zarządzeniami Udzielającego zamówienia.
2. Przez poprawność prowadzenia dokumentacji medycznej rozumie się także jej kompletność, terminowość wprowadzania danych, prawidłowe podpisanie, w tym złożenie podpisu elektronicznego lub podpisu w formie pisemnej, tj. podpisu i pieczęci opatrzonej stanowiskiem imieniem i nazwiskiem oraz numerem prawa wykonywania zawodu.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r., w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Oddziałem Funduszu, a także do poddania się kontroli Udzielającego Zamówienia w zakresie realizacji niniejszej umowy oraz innych organów uprawnionych do kontroli. W wyniku przeprowadzonej kontroli Udzielający Zamówienia może wydać zalecenia pokontrolne zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w wyznaczonym przez siebie terminie.
4. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.
5. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek obsługi zintegrowanego systemu informatycznego obowiązującego u Udzielającego Zamówienia w tym prawidłowego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.
6. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek zaopatrzenia się na własny koszt w odzież potrzebną do realizacji Przyjętego Zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami. Nie dotyczy to odzieży i obuwia wymaganego na Sali operacyjnej oraz środków ochrony osobistej w przypadku udzielania świadczeń pacjentom zakażonym lub z podejrzeniem zakażenia chorobą zakaźną.

7. Poprzez podpisanie niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek znajomości i stosowania obowiązujących w zakładzie Udzielającego Zamówienia, procedur akredytacyjnych.
8. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje, prawo do:
 - a) zasięgnięcia opinii i korzystania z konsultacji i doświadczeń pozostałego personelu niezależnie od formy jego zatrudnienia, a także jest zobowiązany w takim samym zakresie współpracować z personelem i Udzielającym Zamówienia,
 - b) współpracy z personelem medycznym w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - c) korzystania z telefonu służbowego wyłącznie w sprawach związanych z przedmiotem niniejszej umowy.
9. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie leki, materiały medyczne i opatrunkowe, sprzęt medyczny i aparaturę niezbędną do wykonywania niniejszej umowy, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do używania ich zgodnie z przeznaczeniem, instrukcjami oraz należytą dbałością, w ramach udzielanych przez siebie świadczeń dla pacjentów Udzielającego Zamówienia.
10. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do zachowania najwyższej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zgodnie z RODO oraz innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia ochrony danych osobowych, do których będzie miał dostęp w związku z wykonaniem niniejszej umowy w sposób spójny z uregulowaniami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia, z którymi oświadcza, że się zapoznał oraz ponosi pełną odpowiedzialność za szkody spowodowane naruszeniem powyższego obowiązku. Wszelkie pozyskane dane zobowiązuje się przetwarzać wyłącznie na potrzeby niniejszej umowy.
12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy zgodnie z zasadami dobrej praktyki i etyki lekarskiej, rzetelnie, z zachowaniem najwyższej staranności zgodnie z aktualnymi osiągnięciami medycyny, oraz realizować czynności z poszanowaniem praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
13. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykorzystania udostępnionych pomieszczeń, sprzętu medycznego i aparatury medycznej wyłącznie do celów związanych z realizacją niniejszej umowy z zachowaniem obowiązujących zasad ich użytkowania oraz do nieudostępniania ich osobom trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienia.
14. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek powiadomić personel medyczny oddziału szpitalnego każdorazowo po zakończeniu konsultacji, informacji o przeprowadzonej konsultacji i przedłożeniu opisu wyniku tej konsultacji.

§13

Klauzula poufności

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, iż wszelkie informacje, które pozyskał lub będą zawarte w udostępnianych mu dokumentach w związku z wykonywaniem przez niego czynności w ramach niniejszej umowy mają charakter informacji poufnych stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zatem do:
 - a) zachowania w całkowitej poufności informacji, o których mowa w ust. 1 i korzystania z nich wyłącznie w celu wykonania niniejszej umowy;
 - b) podjęcia niezbędnych działań dla zapewnienia poufności otrzymanych informacji.
3. Wymogi zawarte w ust. 2 nie będą miały zastosowania do tych informacji, które:
 - a) są opublikowane, powszechnie znane lub urzędowo podane do publicznej wiadomości,
 - b) podlegają ujawnieniu na podstawie bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, jeżeli zostały ujawnione w trybie przewidzianym tymi przepisami.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że informacje poufne nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu niż w celu realizacji umowy, a w szczególności nie będą wykorzystywane w celu sprzecznym z interesem Udzielającego Zamówienia oraz zobowiązuje się do nierozpowszechniania, nierozprowadzania, niepowielania, nieujawniania w jakikolwiek inny sposób lub w jakiegokolwiek formie tych informacji osobom trzecim bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienia wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

5. Udzielający Zamówienia zobowiązuje Przyjmującego Zamówienie do zabezpieczenia i przechowywania uzyskanych informacji poufnych w formie: materialnej, nośników elektrycznych a także w systemach teleinformatycznych, w warunkach zapewniających brak swobodnego dostępu do nich osobom nieupoważnionym oraz do korzystania z tych Informacji Poufnych z najwyższą starannością wymaganą przy zabezpieczeniu tego typu informacji, ażeby nie dopuścić do utraty kontroli (w szczególności rozpowszechnienia, uzyskania dostępu przez kogokolwiek) nad informacjami poufnymi.
6. Obowiązek zachowania przez Przyjmującego Zamówienie poufności obowiązuje także po rozwiązaniu niniejszej umowy na czas nieokreślony.
7. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, że w przypadku naruszenia przez niego zapisów ust. 1- 6 będzie zobowiązany do naprawienia szkody wyrządzonej z tego tytułu Udzielającemu Zamówienia.

§14

Zmiany w umowie

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Strony dopuszczają w uzasadnionych przypadkach możliwość wydłużenia czasu trwania umowy na czas nie dłuższy niż do rozstrzygnięcia postępowania konkursowego ale nie dłużej niż do 31.12.2027.

§15

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny i inne przepisy obowiązującego prawa.
2. Wszelkie sprawy wynikające z umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
3. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Udzielający Zamówienia

Przyjmujący Zamówienie

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc.....202... r

WYKAZ KONSULTACJI HEMATOLOGICZNYCH

L.p.	Dane pacjenta/ki (imię, nazwisko, Pesel)	Data konsultacji	Biopsja szpiku z oceną cytomorgologiczną szpiku/krwi obwodowej (TAK/NIE)	Komórka Zlecająca	Potwierdzenie Ordynatora/Kierownika Oddziału/Poradni
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Sporządził: pieczętka i podpis

Potwierdził realizację:

Knurów, dnia.....

(imię i nazwisko osoby)

(komórka organizacyjna)

(pełniona funkcja)

WNIOSEK***
O UDZIELENIE ZGODY NA PRZERWĘ W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ

Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych
w ilości dni w okresie od dniado dnia

Krótkie uzasadnienie nieobecności:

W czasie mojej nieobecności zastępować mnie będzie **:

(podpis osoby wnioskującej)

(podpis osoby zastępującej)**

(akceptacja bezpośredniego przełożonego)

(akceptacja Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**

(podpis Zarządu)

* dotyczy osób zatrudnionych w ramach umów cywilno-prawnych
** niepotrzebne skreśli *** **nie dotyczy udzielania konsultacji lekarskich**

Niezależnie od systemu w którym prowadzone jest fakturowanie działalności poprawna faktura zawierać musi dane:

1. Zamawiającego usługi z Nr NIP, z adresem
2. Realizującego usługi z Nr NIP, z adresem
3. Nr faktury wraz z datą wystawienia
4. Rodzaj wykonywanej usługi z określeniem za jaki okres powstała
5. Cenę jednostkową z ilością , wartość brutto
6. Nr konta bankowego do przelewu
7. Terminu płatności
8. Adnotacji o zwolnieniu z VAT

Zakres świadczeń zdrowotnych

1. Udzielanie konsultacji hematologicznych w oddziałach szpitala poprzez zbadanie pacjenta, postawienie diagnozy i zaproponowanie leczenia.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się w zakresie konsultacji hematologicznych do:
 - a) oceny i analizy nieprawidłowych wyników morfologii krwi obwodowej (niedokrwistość, nadkrwistość, małopłytkowość, nadpłytkowość, leukopenia, hiperleukocytoza),
 - b) diagnostyki różnicowej limfadenopatii, organomegalii,
 - c) diagnostyki różnicowej szkod krwotocznych,
 - d) wstępnej diagnostyki zespołów mielo- i limfoproliferacyjnych oraz mielodysplazjastycznych,
 - e) wykonania w uzasadnionych przypadkach biopsji szpiku – analiza cytomorfologiczna mielogramu,
 - f) dostarczenie w przeciągu jednego tygodnia od wykonania biopsji szpiku wyniku w formie pisemnej i/lub elektronicznej, a w przypadku badań oznaczonych „Cito” w terminie do 36 godzin,
 - g) dostarczania preparatów mikroskopowych celem ich magazynowania w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym Zespołu Szpitali Powiatu Gliwickiego sp. z o.o. Szpital w Knurowie wraz z dołączoną listą preparatów w terminie miesiąca od daty otrzymania wyniku,
 - h) archiwizacja wyników.
3. Popularyzowanie zachowań prozdrowotnych.
4. Aktywizowanie osoby chorej i niesamodzielnej.
5. Postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz przestrzeganie praw pacjenta.
6. Dbanie o wysoką jakość udzielanych świadczeń.
7. Prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz standardami.

Pozostałe czynności

1. Wykonywanie innych czynności, nie ujętych w niniejszym zakresie, jeżeli:
 - a) są zgodne z obowiązującym prawem,
 - b) odpowiadają rodzajowi pracy określonego w umowie.
2. Osoba zatrudniona w ramach umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne może zostać powołana do wykonywania zadań w ramach zespołów zadaniowych.

Zapoznałem/am się z zakresem obowiązków i akceptuję
