

## **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI**

### **KONKURSU OFERT**

#### **NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI WE WROCŁAWIU:**

w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym, Pracowni Endoskopowej i gabinetach zabiegowych w oddziałach szpitalnych w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu oraz pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i udzielania świadczeń w przypadku wezwania przez lekarza dyżurującego, w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Bloku Operacyjnym w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu, przy ul. Ołbińskiej 32, 50-233 Wrocław.

#### Podstawa prawna:

- art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026.156 ze zm.)
- art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.).

#### **Udzielający zamówienia:**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA WE WROCŁAWIU,  
50-233 Wrocław ul. OŁBIŃSKA 32**

#### Adres do korespondencji:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu

ul. Ołbińska 32

50-233 Wrocław

tel. – (071) 79 84 682 / 614 / p. Marta Czyżewska e-mail: [mczyzewska@spozmswia.wroclaw.pl](mailto:mczyzewska@spozmswia.wroclaw.pl),

[kadry@spozmswia.wroclaw.pl](mailto:kadry@spozmswia.wroclaw.pl)

sekretariat – (71) 79 84 601

strona internetowa: [www.spozmswia.wroclaw.pl](http://www.spozmswia.wroclaw.pl)

Ogłoszenie o konkursie zostanie zamieszczone w następujących ogólnodostępnych miejscach:

- strona internetowa: [www.spozmswia.wroclaw.pl](http://www.spozmswia.wroclaw.pl)

Klauzula informacyjna dotycząca RODO znajduje się na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: [www.spzozmswia.wroclaw.pl](http://www.spzozmswia.wroclaw.pl), w zakładce „Konkursy ofert”.

## WARUNKI OGÓLNE

### § 1

Szczegółowe warunki konkursu ofert określają wymagania, jakie powinna spełniać oferta, sposób jej przygotowania oraz tryb składania ofert przez Oferentów, a także zasady przeprowadzenia konkursu.

### § 2

Organizatorem konkursu ofert jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Ołbińskiej 32, zwany dalej „Udzielającym zamówienie”.

### § 3

Przedmiotem konkursu ofert jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym, Pracowni Endoskopowej oraz w gabinetach zabiegowych w oddziałach szpitalnych w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez lekarza dyżurującego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu, w zależności od potrzeb Udzielającego zamówienia, w dniach i w godzinach określonych w miesięcznym harmonogramie ustalonym w porozumieniu z Pielęgniarką Oddziałową Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

#### **Kwalifikacje:**

- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarka
- specjalizacja z pielęgniarstwa anestezyjologicznego lub kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa anestezyjologicznego,
- co najmniej 3 letni staż w zawodzie pielęgniarki anestezyjologicznej/pielęgniarka anestezyjologicznego,
- aktualne szkolenie dot. przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych

#### **Wymagania:**

- udzielanie świadczeń zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w sposób zapewniający ciągłość opieki pielęgniarzkiej, według miesięcznego harmonogramu uzgodnionego z Pielęgniarką Oddziałową Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

**(proszę podać informację o proponowanej minimalnej liczbie godzin udzielania świadczeń w miesiącu),**

- **Oferent zobowiązany jest przedstawić informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu**

karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, zgodnie z przepisami art. 21 ust. 3-8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz.560).

*Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń zgodnie z warunkami realizacji świadczeń zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 870 ze zm.), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025.400), zarządzeniu nr 101/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23.12.2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne ze zmianami i zarządzenia nr 130/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24.12.2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami oraz w Regulaminie Organizacyjnym Udzielającego Zamówienia.*

**IV. Czas trwania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.**

#### **§ 4**

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, ul. Ofińska 32 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny, Pracownia Endoskopowa i gabinety zabiegowe w oddziałach szpitalnych w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu.

#### **PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE ( OFERENT)**

#### **§ 5**

Do konkursu mogą przystąpić podmioty spełniające warunki określone w art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz osoby posiadające kwalifikacje określone w szczegółowych warunkach konkursu (Dz. U. z 2026.156 ze zm.).

#### **§ 6**

1. Oferent w celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty powinien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Warunkiem przystąpienia do konkursu ofert jest złożenie Udzielającemu zamówienia oferty oraz innych dokumentów, zgodnie z wymogami ustalonymi przez Udzielającego zamówienie. Oferent składa w jednej kopercie ofertę na wybrany lub wybrane rodzaje świadczeń zdrowotnych oraz inne wymagane dokumenty.
3. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

## WYMAGANE WARUNKI FORMALNE SKŁADANEJ OFERTY

### § 7

I. Składana oferta powinna zawierać:

1. Formularz ofertowy wg **załącznika Nr 1** i ofertę cenową wg **załącznika Nr 2** złożoną w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie.

II. Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią szczegółowych warunków konkursu oraz oświadczenie oferenta, że zapoznał się z projektem umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy zgodnie z postanowieniami tej umowy w przypadku wybrania jego oferty

– **załącznik Nr 3**

2. Kopię aktualnego dokumentu wydanego przez właściwy organ stwierdzający wpis do właściwego rejestru:

- aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub
- aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej,
- aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub księga rejestrowa,

3. Kopię dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, poświadczone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub przez notariusza:

- dyplom ukończenia studiów lub
- dyplom ukończenia średniej szkoły pielęgniarstwa
- prawo wykonywania zawodu;
- dyplom specjalizacji lub odpis zaświadczenia ukończenia kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego;
- aktualne zaświadczenie o szkoleniu dot. przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych;
- informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, zgodnie z przepisami art. 21 ust. 3-8 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz.560).

Oświadczenie Oferenta o posiadaniu minimum trzyletniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu pielęgniarki anestezjologicznej/pielęgniarsza anestezjologicznego, sporządzone zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik **Nr 4** oraz oświadczenie dot. ochrony danych osobowych „RODO” – **załącznik Nr 5.**

5. Zobowiązanie (**pkt 4 załącznika nr 3**) do przedstawienia (najpóźniej w dniu podpisania umowy) kopii umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu

oferowanego świadczenia zdrowotnego, poświadczoną „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub przez notariusza.

## § 8

### OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent przystępujący do konkursu zobowiązany jest złożyć Udzielającemu zamówienia ofertę w formie pisemnej (pod rygorem nieważności) na formularzach stanowiących załączniki do szczegółowych warunków konkursu ofert. Oferent wypełnia ofertę tylko na wybrany przez siebie rodzaj świadczenia.
2. Oferta powinna być czytelna, sporządzona w języku polskim, wskazane jest napisanie oferty na komputerze.
3. W przypadku, gdy oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika do oferty powinno być załączone wystawione i podpisane przez Oferenta pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta w toku postępowania konkursowego (ewentualnie do zawarcia umowy).
4. Wszystkie strony oferty powinny być podpisane przez oferenta lub osobę upoważnioną /pełnomocnika /.
5. Poprawki mogą być dokonywane tylko poprzez przekreślenie błędnego zapisu, umieszczenie obok niego treści poprawnej i opatrzenie podpisem osoby uprawnionej do dokonania korekty (Oferenta lub upoważnionego pełnomocnika).
6. Cena ofertowa powinna być podana cyfrowo i słownie w PLN.
7. Ofertę należy złożyć w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.
8. Koperta powinna być zaadresowana do Udzielającego zamówienie na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław oraz powinna posiadać następujące oznaczenie: „Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego”.
9. Składający ofertę otrzyma potwierdzenie zawierające datę złożenia oferty oraz numer kolejny w rejestrze ofert.
10. Oferty przesłane drogą pocztową będą traktowane jako złożone w terminie jeżeli wpłyną do Udzielającego zamówienia do **dnia 20.03.2026 r. do godz. 14.00.**
11. Oferent może wycofać złożoną przez siebie ofertę przez upływem terminu składania ofert. Udzielający zamówienia odnotowuje wycofanie oferty w rejestrze ofert.
12. Po upływie terminu składania ofert, Oferent jest związany ofertą w ciągu 30 dni od upływu terminu składania ofert.
13. Po zakończeniu postępowania konkursowego, oferty złożone Udzielającemu zamówienia wraz z wszelkimi załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi.

## TRYB OTWIERANIA OFERT

### § 9

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Zamawiający powoła komisję konkursową.
2. Komisja składać się będzie co najmniej z trzech osób, spośród których Udzielający zamówienie wyznaczy Przewodniczącego.
3. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w Komisji, gdy oferentem jest:
  - 1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
  - 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
  - 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
  - 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.
4. Dyrektor SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu w sytuacji, o której mowa w ust. 3 dokonuje wyłączenia i powołuje nowego członka Komisji Konkursowej.
5. Komisja Konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

### § 10

1. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu tj. **w dniu 20.03.2026 r., o godz. 14.30**, w auli SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, przy ul. Ołbińskiej 32.
2. Podczas otwarcia kopert z ofertami, oferenci mogą być obecni oraz mogą składać wyjaśnienia i oświadczenia do protokołu.
3. Komisja konkursowa w części jawnej ogłasza obecnym oferentom, które z ofert będą brały udział w konkursie, a które zostają odrzucone.
4. Odrzuceniu podlegają oferty nie odpowiadające warunkom określonym w „Szczegółowych Warunkach Konkursu” tj.:
  - oferty zawierające nieprawdziwe informacje,
  - Oferent nie podał w ofercie ceny świadczeń,
  - Oferent nie złożył formularza ofertowego,
  - oferta została złożona po wyznaczonym terminie.
5. Komisja konkursowa wzywa Oferentów do uzupełnienia dokumentów, jeśli oferta zawiera braki formalne lub jeśli Oferent nie przedstawił wymaganych dokumentów i wyznacza termin dostarczenia dokumentów lub usunięcia braków formalnych w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
6. Ocena i wybór najkorzystniejszej oferty następuje w części niejawnego konkursu. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wyboru większej ilości ofert odpowiadających potrzebom Udzielającego zamówienia w celu zabezpieczenia prawidłowego wykonania świadczeń zdrowotnych.
7. W części niejawnego konkursu ofert komisja może przeprowadzić negocjacje z Oferentami w celu ustalenia korzystniejszej ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych.

8. Udzielający zamówienie zaprosi w formie pisemnej, telefonicznie lub e-mailowo wybranych Oferentów do podpisania umów.

### **§ 11**

Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty komisja konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:

- cena za udzielanie świadczeń / 100 % /.

### **§ 12**

Z przebiegu konkursu sporządza się protokół, który powinien zawierać:

- 1) oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia i zakończenia konkursu,
- 2) imiona i nazwiska członków Komisji Konkursowej,
- 3) wykaz zgłoszonych ofert,
- 4) informację czy oferty odpowiadały warunkom określonym w konkursie,
- 5) informację ile ofert nie odpowiadało warunkom określonym w konkursie lub zgłoszonych po terminie,
- 6) ewentualne wyjaśnienia i oświadczenia oferentów,
- 7) wskazanie najkorzystniejszych dla Udzielającego Zamówienia ofert albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta – wraz z uzasadnieniem,
- 8) ewentualne odrębne stanowisko członka Komisji Konkursowej,
- 9) wzmiankę o odczytaniu protokołu,
- 10) podpisy członków Komisji.

## **POUCZENIE O ŚRODKACH ODWOŁAWCZYCH**

### **§ 13**

Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo swobodnego wyboru oferty, możliwość odwołania konkursu w całości lub części oraz prawo do przesunięcia terminu składania ofert.

### **§ 14**

1.W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu zakończenia postępowania oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

2.Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

3.Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie ulega zawieszeniu.

4.W przypadku stwierdzenia przez Komisję oczywistej bezzasadności protestu postępowanie nie ulega zawieszeniu.

5.Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

6.Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu Komisja niezwłocznie zamieszcza na tablicy

ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.

7. Oferentowi przysługuje prawo do wniesienia do Dyrektora SPZOZ MSWiA odwołania od rozstrzygnięcia konkursu ofert, w terminie 7 dni od dnia jego ogłoszenia. Odwołanie wniesione po terminie podlega odrzuceniu.

8. 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**

### **§ 15**

1. Udzielający zamówienia zawiera umowy z oferentami, których oferty wybrano w konkursie, w terminie do 14 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta z uwzględnieniem postanowień zawartych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

## **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 16**

W sprawach nie uregulowanych w „Szczegółowych warunkach konkursu” mają zastosowanie przepisy :

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026.156 ze zm.),

- ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

( Dz.U.2025.1461 ze zm.),

- kodeksu cywilnego,

- Udzielający zamówienia wprowadził Procedurę zgłoszeń wewnętrznych – zarządzenie wewnętrzne nr 125/2024 z dnia 25.09.2024 r. Dyrektora SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, które zostało udostępnione na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: [www.spzozmswia.wroclaw.pl](http://www.spzozmswia.wroclaw.pl)

### **Załączniki:**

1. Formularz ofertowy
2. Oferta cenowa.
3. Oświadczenie oferenta 3x
4. Wzór umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wraz z załącznikami.

**Poniżej wzory dokumentów do pobrania.**

**Formularz ofertowy:**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez lekarza dyżurującego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu

**Dane Oferenta wypełnia osoba prowadząca działalność oraz osoba nieprowadząca działalności:**

1. Nazwa/ nazwisko i imię.....
2. Siedziba/adres zamieszkania:  
.....
3. Prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą:  
.....  
.....
4. NIP .....REGON.....
5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: .....
6. NR PESEL .....
7. Nr prawa wyk. zawodu: .....
8. Stopień specjalizacji i rodzaj specjalizacji: .....
9. Nr telefonu:.....e-mail: .....

Do oferty załączam:

1. **Proponowana minimalna, miesięczna liczba godzin udzielanych świadczeń** .....
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

.....  
(miejsowość)

.....  
(data)

.....  
(podpis Oferenta)

**Oferta cenowa Oferenta :**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez lekarza dyżurującego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu.

Warunkiem prawidłowo sporządzonej oferty jest zaoferowanie wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne wymienione w pkt 1. Oferent może złożyć ofertę również na świadczenia określone w pkt 2 i 3. Niezłożenie oferty na świadczenia określone w pkt 2 i 3 nie stanowi o nieważności oferty.

1. Proponowana stawka brutto (cena) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

**wynosi .....zł brutto, słownie zł.: .....**

2. Proponowana stawka brutto (cena) za 1 godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych:

**wynosi .....zł brutto, słownie zł.: .....**

3. Proponowana stawka brutto (cena) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania:

**wynosi .....zł brutto, słownie zł.: .....**

.....

(miejscowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

**Oświadczenie oferenta:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią szczegółowych warunków postępowania i nie zgłaszam zastrzeżeń .
2. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z wzorem umowy i wyrażam zgodę na zawarcie umowy na warunkach określonych we wzorze umowy w przypadku wybrania mojej oferty.
3. Oświadczam, że nie byłem/am/ karany /a/ i nie jest prowadzone wobec mnie żadne postępowanie karne. Jednocześnie oświadczam, iż znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy (art. 271 § 1 k.k. ).
4. Oświadczam, że nie znajduję się w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym, o którym mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.
5. Zobowiązuję się do przedstawienia (najpóźniej w dniu podpisania umowy) kopii umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia zdrowotnego.
6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, dla potrzeb niezbędnych do realizacji konkursu ofert.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych i z procedurami dotyczącymi ochrony danych osobowych w SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu.

.....

*(miejsowość)*

.....

*(data)*

.....

*(podpis Oferenta)*

**Oświadczenie Oferenta**

Oferent oświadcza, że posiada minimum trzy lata doświadczenia w wykonywaniu zawodu pielęgniarki anestezjologicznej/ pielęgniarza anestezjologicznego.

.....

*(miejsowość)*

.....

*(data)*

.....

*(podpis Oferenta)*

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”), zostałem/łam poinformowany/a, iż:

Udzielający Zamówienia, tj. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, jest administratorem moich danych osobowych i może przetwarzać te dane w celach/na podstawie:

a. przeprowadzenia postępowania konkursowego, a w razie wyboru oferty – do realizacji umowy, w tym umieszczenia moich danych osobowych w bazie danych Udzielającego Zamówienia w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

b. związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;

c. ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń - na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych w myśl art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w przypadku pytań lub uwag dotyczących przetwarzania moich danych osobowych. **Dane kontaktowe adres e-mail:** [iod@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:iod@spzozmswia.wroclaw.pl).

Moje dane osobowe mogą zostać ujawnione pracownikom i współpracownikom Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych; dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych) oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu nie planuje przekazywania danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein) i organizacji międzynarodowych.

Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej lub przez okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.

Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych i uzupełniania danych niekompletnych oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia postępowania konkursowego i realizacji umowy w przypadku wyboru oferty.

Nie będę podlegał decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka), a moje dane nie będą wykorzystywane do profilowania.

.....

(miejsowość)

.....

(data)

.....

(podpis Oferenta)

## WZÓR UMOWY

(działalność lecznicza)

UMOWA NR ...../K/Wr/2026

zawarta w dniu .....pomędzy

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000104928, adres ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław, NIP 8981803575, REGON: 930856126, BDO 000140932 - zwany dalej "Udzielającym zamówienia", reprezentowany przez: ..... - kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej uprawnionego do reprezentacji „Udzielającego zamówienia” zgodnie z informacją odpowiadającą odpisowi aktualnemu z KRS,

a

....., wykonującą/ym indywidualną praktykę pielęgniarską na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr .....i wpisaną/ym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej pod nazwą....., z siedzibą ....., REGON ....., NIP ..... zwaną/ym w treści umowy „**Przyjmującym zamówienie**”.

”,

### §1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym, Pracowni Endoskopowej oraz w gabinetach zabiegowych w oddziałach szpitalnych w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu oraz pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania przez lekarza dyżurującego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu, w zależności od potrzeb Udzielającego zamówienia, w dniach i w godzinach określonych w miesięcznym harmonogramie ustalonym w porozumieniu z Pielęgniarką Oddziałową Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Przyjmujący zamówienie podczas pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń, zobowiązany jest do niezwłocznego odbierania kierowanych do Niego telefonów oraz wiadomości tekstowych sms na podany przez siebie nr telefonu oraz zobowiązany jest do stawienia się w Szpitalu, w przypadku wezwania, w czasie nie dłuższym niż jedna godzina od chwili odebrania wezwania. Wysłanie

wiadomości sms na podany przez Przyjmującego zamówienie numer telefonu, uznaje się za odebranie wiadomości.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedstawić Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii do 15 dnia danego miesiąca, propozycję dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych na miesiąc następny.

Strony zgodnie postanawiają, że w trakcie trwania umowy kontraktowej Przyjmujący Zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych minimum 12 godzin w dni ustawowo wolne od pracy – zapis nie dotyczy weekendów, chyba że w weekend przypadają dni ustawowo wolne od pracy.

3. W sytuacjach tego wymagających Udzielający zamówienia może powierzyć Przyjmującemu zamówienie sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w innych oddziałach szpitalnych oraz w Izbie Przyjęć.

4. Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń zgodnie z warunkami realizacji świadczeń zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 870 ze zm.), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2025.400), zarządzeniu nr 101/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23.12.2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne ze zmianami i zarządzenia nr 130/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24.12.2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami oraz w Regulaminie Organizacyjnym Udzielającego Zamówienia.

5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16.12.2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2024.332).

## § 2

1. Świadczenia zdrowotne wymienione w § 1 Przyjmujący zamówienie wykonywać będzie osobiście.
2. Przyjmujący zamówienie w czasie wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy nie może opuścić miejsca wykonywania świadczenia.
3. Strony dopuszczają czasową nieobecność Przyjmującego zamówienie, pod warunkiem że Udzielający zamówienia będzie miał możliwość zapewnienia ciągłości pracy oddziale.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poinformowania na piśmie Udzielającego zamówienia, co najmniej 30 dni przed planowaną nieobecnością.
5. W sytuacjach nagłych, których Przyjmujący zamówienie/Za nie mógł przewidzieć wcześniej, zobowiązany jest powiadomić Udzielającego zamówienia niezwłocznie po zaistnieniu przyczyny niemożności udzielenia świadczeń.

6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy, postępowania zgodnego z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta oraz zachowaniem ochrony danych osobowych, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, oraz standardami postępowania i zachowaniem właściwych procedur medycznych.
7. W celu zapewnienia prawidłowej opieki nad pacjentami Przyjmujący zamówienie
8. zobowiązany jest ściśle współpracować z personelem Udzielającego zamówienia i stosować się do procedur przyjętych u Udzielającego zamówienia.
9. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z procedurami przyjętymi u Udzielającego zamówienia.
10. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykorzystywać udostępnioną bazę tylko w celu wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w umowie i tylko na rzecz Udzielającego zamówienia oraz zobowiązuje się do zachowania należytej staranności i dbałości o mienie Udzielającego zamówienia.

### § 3

1. Przez czas obowiązywania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie ma obowiązek posiadania aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu, z uwzględnieniem chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV i WZW. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia oc wynosi równowartość w złotych kwoty 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz kwoty 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Kopia polisy ubezpieczeniowej stanowi załącznik do niniejszej umowy. W przypadku utraty ważności polisy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedłożyć niezwłocznie kopię aktualnej polisy Udzielającemu zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność wobec Udzielającego zamówienia i osoby trzeciej, za szkodę wyrządzoną w trakcie bezpośredniego udzielania świadczenia zdrowotnego, będącego przedmiotem niniejszej umowy, o ile powstała z jego winy, w tym współwiny, a w szczególności za zaniedbanie lub błąd w sztuce.
3. Strony niniejszej umowy ponoszą odpowiedzialność solidarną, zgodnie z art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2026.156 ze zm.) za szkodę wyrządzoną osobom trzecim w trakcie bezpośredniego udzielania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem tej umowy. Jednakże za szkody wyrządzone przez Przyjmującego zamówienie z jego winy Przyjmujący zamówienie w stosunku do Udzielającego zamówienia odpowiada do pełnej wysokości szkody wraz z odsetkami i innymi kosztami.
4. W przypadku roszczenia odszkodowawczego osoby trzeciej z tytułu zdarzenia medycznego dotyczącego świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, Udzielający zamówienie ma prawo zawrzeć z osobą trzecią ugodę pozasądową w celu zadośćuczynienia roszczeniom odszkodowawczym tej osoby, po konsultacji z Przyjmującym zamówienie.

5. Każda ze stron obowiązana jest zawiadomić niezwłocznie drugą o wystąpieniu osoby trzeciej z roszczeniem odszkodowawczym za szkodę będącą następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

#### **§ 4**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów bhp i p.poż. oraz zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych i organizacyjnych obowiązujących u Udzielającego zamówienia, w tym w szczególności Regulaminu Organizacyjnego.

3. Koszty leczenia poekspozycyjnego ponosi Przyjmujący zamówienie, z zastrzeżeniem art. 41 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675, ze zm.).

#### **§ 5**

Przyjmujący zamówienie w ramach niniejszej umowy wykonuje czynności składające się na samodzielną opiekę pielęgniarską w oparciu o obowiązującą wiedzę i zasady etyki zawodowej.

#### **§ 6**

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu zamówienie dostęp do dokumentacji medycznej tych pacjentów, którzy objęci są świadczeniem usług medycznych przez Przyjmującego zamówienie z zastrzeżeniem, iż wykorzystane one będą tylko do należytego wykonania świadczeń medycznych.

2. Udzielający zamówienia zapewnia odpowiednie druki niezbędne do prowadzenia dokumentacji medycznej.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej udzielanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4. Dokumentacja medyczna stanowi własność Udzielającego zamówienie. Wykonanie kopii dokumentacji medycznej przez Przyjmującego zamówienie może nastąpić wyłącznie za zgodą Udzielającego zamówienie.

5. Przyjmujący zamówienie odpowiedzialny będzie za ochronę danych osobowych zawartych w dokumentacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom obowiązujących u Udzielającego zamówienia.

7. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest posiadać odpowiednią, wymaganą przepisami obowiązującego prawa, medyczną odzież ochronną, oraz utrzymywać ją w należyłym stanie.

8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienie w zakresie udzielanych świadczeń.

9. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach przedmiotu umowy w zakresie jakości udzielanych świadczeń i posiadanych kwalifikacji

oraz na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.).

10. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zna i uznaje rolę i znaczenie jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta dla Udzielającego zamówienia, w tym także wpływu jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta na rozliczanie finansowe Udzielającego zamówienia z płatnikami. Przyjmujący zamówienie zapewnia możliwość przeprowadzenia przez NFZ lub inne podmioty lub organy lub osoby przez nie upoważnione do wszelkich postępowań i czynności prowadzonych z udziałem Udzielającego zamówienia na podstawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), w tym w szczególności wizyt autoryzacyjnych oraz przeglądów akredytacyjnych. Każdorazowe utrudnienie przez Przyjmującego zamówienie wykonania czynności przez NFZ lub inne podmioty i organy, może stanowić podstawę do odstąpienia od umowy przez Udzielającego zamówienia bez potrzeby wzywania Przyjmującego zamówienie do jej realizacji wraz z obowiązkiem Przyjmującego zamówienie do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienia kary umownej w wysokości 5 tysięcy zł. Kara umowna może być potrącona z każdą wierzytelnością Przyjmującego zamówienie, na co Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę.

## **§ 7**

1. Przyjmujący zamówienie przy wykonywaniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy korzysta bezpłatnie z:
  - a) bazy lokalowej Udzielającego zamówienia,
  - b) aparatury i sprzętu medycznego Udzielającego zamówienia,
  - c) leków i materiałów opatrunkowych Udzielającego zamówienia,
  - d) sprzętu jednorazowego użytku.
2. Korzystanie z wyżej wymienionych środków może odbywać się w zakresie niezbędnym do świadczenia objętych niniejszą umową usług medycznych.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zna zasady użytkowania aparatury i sprzętu i zobowiązuje się używać sprzęt, aparaturę i inne środki w sposób odpowiadający ich właściwościom i przeznaczeniu, zgodnie z instrukcją obsługi i przepisami BHP oraz dołoży najwyższej staranności przy jego eksploatacji.
4. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność materialną za szkodę wyrządzoną niewłaściwym użytkowaniem aparatury i sprzętu, w tym sprzętu medycznego.

## **§ 8**

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez zapłatę kar umownych na następujących zasadach i wysokościach:
  - 1/ Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną - w wysokości 1000 zł za jedno naruszenie polegające w szczególności na:

- a/ braku powiadomienia Udzielającego zamówienia o niemożności udzielenia świadczeń w terminie określonym w miesięcznym harmonogramie,
- b/ nie udzielenia świadczeń zdrowotnych bez uzyskania zgody przez Udzielającego zamówienia na czasową nieobecność Przyjmującego zamówienie,
- c/ nieobecności w miejscu udzielania świadczeń w przypadku wezwania, w czasie, który został określony w § 1 ust. 1 (dotyczy pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń – przekroczenie czasu określonego w § 1 ust. 1),
- d/ niewłaściwego wypełniania dokumentacji medycznej, w szczególności umieszczanie danych medycznych niezgodnych ze stanem rzeczywistym, nieczytelnych, sprzecznych z przepisami prawa albo wytycznymi upoważnionych właściwych organów,
- e/ w przypadku braku stosowania przez Przyjmującego zamówienie przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2023, poz. 2465) oraz rozporządzeń wykonawczych do w/w ustawy.
- 2/ Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną za rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po jego stronie – w wysokości równej kwocie 5.000,00 zł (słownie zł.: pięć tysięcy).
2. Jeżeli na skutek niewykonania lub niewłaściwego wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie Udzielający zamówienie poniesie szkodę, której wysokość przekracza wysokość zastrzeżonych kar umownych, Udzielający zamówienie zastrzega możliwość dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
3. Kara umowna płatna jest w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do jej zapłaty.
4. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącenie przez Udzielającego zamówienia kary umownej z przysługującego wynagrodzenia.
5. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie ochrony danych osobowych, Przyjmujący zamówienie bez zbędnej zwłoki zgłasza naruszenie Udzielającemu zamówienia. Udzielający zamówienia żąda od Przyjmującego zamówienie informacji o podjętych działaniach naprawczych i uruchamia odpowiednią procedurę. W przypadku nałożenia na Udzielającego zamówienia sankcji za wyżej wymienione naruszenie, Udzielający zamówienia obciąży odpowiednio sankcją Przyjmującego zamówienie.

## § 9

1. Z tytułu niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości:
- .....**zł brutto** (słownie zł.: ..... ) za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - .....**zł brutto** (słownie zł.: ..... ) za jedną godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - .....**zł brutto** (słownie zł.: ..... ) za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania.

2. Przyjmujący zamówienie w ramach wynagrodzenia określonego w punkcie 1, bez dodatkowego wynagrodzenia, zobowiązuje się do uczestniczenia w pracach komisji, komitetów lub zespołów działających u Udzielającego zamówienie.
3. Rozliczanie udzielanych świadczeń następować będzie w okresach miesięcznych. Wzór rozliczenia udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowi załączniki nr 1 i 2 do umowy.
4. Wypłata należności za usługi wykonane na podstawie niniejszej umowy następuje po dostarczeniu przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowo wystawionej faktury wraz ze specyfikacją lub grafikiem udzielonych świadczeń, potwierdzonych przez Pielęgniarkę Oddziałowej Oddz. Anestezjologii i I.T. oraz Naczelną Pielęgniarkę. Brak przedłożenia wymaganych załączników skutkuje brakiem rozpoczęcia biegu terminu płatności.
5. Faktury wraz ze specyfikacją lub grafikiem powinny być przedkładane Udzielającemu Zamówienia nie później niż do 10 dnia miesiąca następującego po zakończeniu miesiąca obrachunkowego. W przypadku złożenia faktury przed zakończeniem miesiąca, którego dotyczy, przyjmuje się, że została ona złożona w pierwszym dniu roboczym następnego miesiąca.
6. Faktury za wykonane usługi należy dostarczać w sposób oraz do miejsca wskazanego przez Udzielającego Zamówienia, z zastrzeżeniem ust. 8–12.
7. Zapłata należności nastąpi w terminie 30 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury wraz z kompletem wymaganych załączników, na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego Zamówienie.
8. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w fakturze lub w specyfikacji/grafiku, Udzielający Zamówienia ma prawo wstrzymać płatność do czasu wyjaśnienia i usunięcia rozbieżności. Jeżeli rozbieżności zostaną wyjaśnione do dnia 20. danego miesiąca, płatność nastąpi zgodnie z terminem, o którym mowa w ust. 5. Po tym terminie płatność nastąpi w terminie 21 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
9. W przypadku złożenia faktury po terminie, o którym mowa w ust. 5, realizacja płatności nastąpi do końca następnego miesiąca kalendarzowego.
10. Strony zgodnie ustalają, że faktury wystawiane w ramach niniejszej umowy mogą być wystawiane jako faktury ustrukturyzowane za pośrednictwem Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF), zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
11. W przypadku faktur ustrukturyzowanych wystawianych w KSeF, specyfikacja, grafik lub inne wymagane załączniki, które nie mogą zostać technicznie dołączone w ramach struktury faktury, powinny zostać przekazane Udzielającemu Zamówienia w formie elektronicznej, na następującego maila: [rum@spozmswia.wroclaw.pl](mailto:rum@spozmswia.wroclaw.pl) w sposób z nim uzgodniony, najpóźniej w dniu wystawienia faktury. Brak przekazania załączników skutkuje uznaniem faktury za niekompletną.

12. Za datę dostarczenia faktury ustrukturyzowanej uznaje się dzień jej skutecznego przesłania do KSeF i nadania jej numeru identyfikującego w tym systemie, z zastrzeżeniem ust. 9.

13. W przypadku awarii KSeF, rozumianej jako brak możliwości wystawienia lub przesłania faktury ustrukturyzowanej z przyczyn niezależnych od Przyjmującego Zamówienie, faktura może zostać wystawiona i doręczona w formie dopuszczonej przepisami prawa oraz przesłana na adres e-mail wskazany przez Udzielającego Zamówienia: [faktury@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:faktury@spzozmswia.wroclaw.pl). Po ustaniu awarii Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego wprowadzenia faktury do KSeF, o ile wymagają tego obowiązujące przepisy.

14. Postanowienia dotyczące terminów płatności stosuje się odpowiednio do faktur ustrukturyzowanych wystawianych w KSeF oraz faktur wystawionych w trybie awaryjnym.

15. W przypadku jednoczesnego lub następującego po sobie złożenia więcej niż jednej faktury obejmującej zaległe okresy rozliczeniowe, Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do dokonywania płatności w sposób sukcesywny, według własnych możliwości organizacyjnych i finansowych, nie częściej niż jedną płatność w miesiącu kalendarzowym, aż do całkowitego rozliczenia wszystkich zaległych faktur/rachunków.

## § 10

1. Umowa została zawarta na okres od dnia **01.04.2026 r. do dnia 31.03.2028 r.**
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, za 3 - miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku:
  - a/ przez jedną ze stron – gdy druga strona rażąco narusza postanowienia umowy,
  - b/ naruszenia przez Przyjmującego zamówienie istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową, udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających,
  - c/ utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień koniecznych do wykonywania przedmiotu umowy lub zawieszenia tych uprawnień,
  - d/ popełnienia przez Przyjmującego zamówienie przy wykonywaniu niniejszej umowy przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem, który uniemożliwia dalszą realizację umowy przez Przyjmującego zamówienie,
  - e/ trwałego zaprzestania przez Udzielającego zamówienia działalności w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy,
  - f/ braku przedłożenia aktualnej, obowiązkowej polisy OC,
  - g/ gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze jej wykonanie albo nastąpi taka zmiana bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wykluczy możliwość kontynuowania umowy.

## **§ 11**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do noszenia identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję/stanowisko. Identyfikator zapewnia Udzielający zamówienia. Za nienoszenie identyfikatora Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest to zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienia, z uwagi na wymogi akredytacyjne, kary umownej w kwocie 200 zł. Koszt identyfikatora to 15,00 zł W przypadku zagubienia lub zniszczenia identyfikatora, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zwrócić Udzielającemu zamówienia jego równowartość, w wysokości określonej w zdaniu poprzedzającym

## **§ 12**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz informacji i danych pozyskanych w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy w trakcie jej wykonywania jak i po jej zakończeniu.
2. Naruszenie w/w obowiązku spowoduje odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie za wyrządzone szkody dla Udzielającego zamówienia według zasad określonych w Kodeksie cywilnym.

## **§ 13**

1. Wszelkie zmiany warunków umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienia, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
3. Zmiana umowy z naruszeniem ust. 2 jest nieważna.

## **§ 14**

Spory mogące wyniknąć na tle stosowania niniejszej umowy Strony rozstrzygają polubownie, a w razie nie osiągnięcia porozumienia poddają pod rozstrzygnięcie Sądu Powszechnego właściwego miejscowo dla Udzielającego zamówienia.

## **§ 15**

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia, ponoszą solidarnie Przyjmujący zamówienie i Udzielający zamówienia, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U.2026. 156 ze zm.).

## **§ 16**

1. W celu realizacji przedmiotu umowy Udzielający zamówienie udostępni Przyjmującemu zamówienie niezbędne dane osobowe.
2. Przyjmujący zamówienie udostępnione dane osobowe przetwarza na podstawie pisemnego

upoważnienia wystawionego przez Udzielającego zamówienie.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do uczestnictwa w szkoleniach z zasad przetwarzania danych osobowych, organizowanym przez Udzielającego zamówienie.

4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z politykami i procedurami ochrony danych osobowych obowiązującymi u Udzielającego zamówienie.

5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania wszelkich informacji, do których otrzymał dostęp, w poufności, także po ustaniu upoważnienia.

6. Przyjmujący zamówienie realizuje przedmiot umowy w siedzibie Udzielającego zamówienie.

7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe, do których uzyskał dostęp wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Umowie i zgodnie z obowiązującymi u Udzielającego zamówienie politykami ochrony danych osobowych.

8. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia naruszenia zasad ochrony danych osobowych, Przyjmujący zamówienie, bez zbędnej zwłoki, informuje o tym Udzielającego zamówienie, w szczególności pisząc na adres email Inspektora Ochrony Danych : [iod@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:iod@spzozmswia.wroclaw.pl) .

9. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za będące następstwem jego działań lub zaniechań, szkody wyrządzone nieprawidłowym przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności za szkody powstałe w przypadku udostępnienia lub ujawnienia danych osobowych osobom nieupoważnionym, przetwarzania z naruszeniem obowiązujących przepisów lub w zakresie niezgodnym z przedmiotem umowy oraz ich utratą, uszkodzeniem, lub zniszczeniem.

10. W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych, w ramach realizacji Umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, w następstwie którego Udzielający zamówienie zostanie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub ukarany grzywną, prawomocnym wyrokiem lub decyzją właściwego organu, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zwrócenia równowartości odszkodowań lub grzywien poniesionych przez Udzielającego zamówienie.

## **§ 17**

1. W związku z zawarciem i realizacją umowy, Udzielający zamówienie informuje, że będzie przetwarzał dane osobowe Przyjmującego zamówienie.
2. Informacje o zasadach przetwarzania danych Przyjmującego zamówienie przez Udzielającego zamówienie są opublikowane na stronie: <https://spzozmswia.wroclaw.pl/rodo-kontrahenci/>.
3. W sprawach dotyczących przetwarzania ww. danych osobowych, Przyjmujący zamówienie może kontaktować się z wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie Inspektorem Ochrony Danych, pisząc na adres e-mail: [iod@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:iod@spzozmswia.wroclaw.pl)

## **§ 18**

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2026.156 ze zm.) i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 ze zm.).

**19**

Załączniki nr 1 i 2 stanowią integralną część umowy.

**§ 20**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, 2 egzemplarze dla Udzielającego zamówienia i 1 egzemplarz dla Przyjmującego zamówienie.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**Rozliczenie udzielonych świadczeń zdrowotnych:**

Rozliczenie za miesiąc .....

Imię i nazwisko – .....

Udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego w Oddziale Anestezjologii i I.T., Bloku Operacyjnym, Pracowni Endoskopowej oraz w gabinetach zabiegowych oddziałów szpitalnych w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu.

Wykaz dni i godzin udzielonych świadczeń:

<u>DATA</u>	<u>GODZINY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</u>	<u>SUMA GODZIN</u>
.....	od godz. ....do godz. ....	.....
.....	od godz. ....do godz. ....	.....
.....	od godz. ....do godz. ....	.....
.....	od godz. ....do godz. ....	.....
.....	od godz. ....do godz. ....	.....
.....	od godz. ....do godz. ....	.....
.....	od godz. ....do godz. ....	.....
.....	od godz. ....do godz. ....	.....
.....	od godz. ....do godz. ....	.....

.....  
(podpis Przyjmującego zamówienie)

.....  
(podpis Pielęgniarki Oddziałowej Oddz. Anestezjologii i I.T.)

.....  
(podpis Naczelnej Pielęgniarki)

**Rozliczenie udzielonych świadczeń zdrowotnych:**

Rozliczenie za miesiąc .....

Imię i nazwisko – .....

Gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego w Oddziale Anestezjologii i I.T., Bloku Operacyjnym, Pracowni Endoskopowej oraz w gabinetach zabiegowych oddziałów szpitalnych w Szpitalu MSWiA we Wrocławiu.

<u>DATA</u>	<u>LICZBA GODZIN GOTOWOŚCI</u>	<u>WEZWANIE</u>
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....

.....  
(podpis Przyjmującego zamówienie)

.....  
(podpis Pielęgniarki Oddziałowej Oddz. Anestezjologii i I.T.)

.....  
(podpis Naczelnej Pielęgniarki)

(wzór Um. Zlec.)

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG nr /K/2026

zawarta ..... we Wrocławiu pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000104928, adres ul. Olbińska 32, 50-233 Wrocław, NIP 8981803575, REGON: 930856126, BDO 000140932 - zwany dalej "Zleceniodawcą", reprezentowany przez:

**Jana Mularczyka - Kierownika Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej** uprawnionego do reprezentacji „Zleceniodawcy”, zgodnie z informacją odpowiadającą odpisowi aktualnemu z KRS

a

**Panią/nem.....** posiadającą/cym prawo wykonywania zawodu ..... zamieszkałą/łym....., zwaną/nym w treści umowy „Zleceniobiorcą”.

### § 1

1.Zleceniodawca powierza, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do świadczenia usług w zakresie sprawowania opieki pielęgniarstwa w Szpitalu, w tym głównie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Bloku Operacyjnym, Pracowni Endoskopii, w gabinetach zabiegowych oraz w pozostałych oddziałach szpitalnych i Izbie Przyjęć SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, ul. Olbińska 32, w zakresie udzielania świadczeń mieszczących się w kompetencjach pielęgniarki tj. sprawowania opieki pielęgniarstwa nad pacjentkami/pacjentami, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami oraz aktualną wiedzą. Miesięczny harmonogram ww. usług opracowuje Pielęgniarka Oddziałowa w porozumieniu ze Zleceniobiorcą.

2.Zleceniobiorca zobowiązany jest do wykonywania umowy zgodnie z przepisami prawa, wewnętrznymi procedurami we współpracy ze Zleceniodawcą przy zachowaniu najwyższej staranności i poszanowaniu praw pacjenta.

3.Zleceniobiorca świadczy usługi zdrowotne zgodnie z warunkami realizacji świadczeń w szczególności zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ( Dz.U. 2023.870 ze zm.), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2025.400), zarządzeniu nr 101/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.12.2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne ze zmianami, zarządzeniu nr 130/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.12.2025 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz w Regulaminie Organizacyjnym Zleceniodawcy.

4.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16.12.2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2024.332)

### § 2

1. Zleceniodawca zobowiązuje się zapewnić Zleceniobiorcy dostęp do dokumentacji medycznej tych pacjentów, którzy objęci są świadczeniem usług medycznych przez Zleceniobiorcę z zastrzeżeniem, iż wykorzystane one będą tylko do należytego wykonania świadczeń medycznych.
2. Zleceniodawca zapewnia odpowiednie druki niezbędne do prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej udzielanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Dokumentacja medyczna stanowi własność Zleceniodawcy. Wykonanie kopii dokumentacji medycznej przez Zleceniobiorcę może nastąpić wyłącznie za zgodą Zleceniodawcy. Zleceniobiorca odpowiedzialny będzie za ochronę danych osobowych zawartych w dokumentacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom obowiązujących u Zleceniodawcy.
6. Zleceniobiorca obowiązany jest posiadać odpowiednią, wymaganą przepisami obowiązującego prawa, medyczną odzież ochronną, oraz utrzymywać ją w należyтым stanie.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Zleceniodawcę w zakresie udzielanych świadczeń.
8. Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach przedmiotu umowy w zakresie jakości udzielanych świadczeń i posiadanych kwalifikacji oraz na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2025.1461 z póź.zm.).
9. Zleceniobiorca oświadcza, że zna i uznaje rolę i znaczenie jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta dla Zleceniodawcy, w tym także wpływu jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta na rozliczanie finansowe Zleceniodawcy z płatnikami. Zleceniobiorca zapewnia możliwość przeprowadzenia przez NFZ lub inne podmioty lub organy lub osoby przez nie upoważnione do wszelkich postępowań i czynności prowadzonych z udziałem Zleceniodawcy na podstawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023.1692), w tym w szczególności wizyt autoryzacyjnych oraz przeglądów akredytacyjnych. Każdorazowe utrudnienie przez Zleceniobiorcę wykonania czynności przez NFZ lub inne podmioty i organy, może stanowić podstawę do odstąpienia od umowy przez Zleceniodawcę bez potrzeby wzywania Zleceniobiorcy do jej realizacji wraz z obowiązkiem Zleceniobiorcy do zapłaty na rzecz Zleceniodawcy kary umownej w wysokości 5000,00 zł (słownie: pięć tysięcy złotych). Kara umowna może być potrącona z każdą wierzytelnością Zleceniobiorcy, na co Zleceniobiorca wyraża zgodę.

### § 3

1. W celu realizacji przedmiotu umowy Zleceniodawca udostępni Zleceniobiorcy niezbędne dane osobowe.
2. Zleceniobiorca udostępnione dane osobowe przetwarza na podstawie pisemnego upoważnienia wystawionego przez Zleceniodawcę.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do uczestnictwa w szkoleniach z zasad przetwarzania danych osobowych, organizowanych przez Zleceniodawcę.
4. Zleceniobiorca oświadcza, że zapoznał się z politykami i procedurami ochrony danych osobowych obowiązującymi u Zleceniodawcy.
5. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania wszelkich informacji, do których otrzymał dostęp, w poufności, także po ustaniu upoważnienia.
6. Zleceniobiorca realizuje przedmiot umowy w siedzibie Zleceniodawcy.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe, do których uzyskał dostęp wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Umowie i zgodnie z obowiązującymi u Zleceniodawcy politykami ochrony danych osobowych.
8. W sprawach dotyczących przetwarzania ww. danych osobowych, Zleceniobiorca może kontaktować się z wyznaczonym przez Zleceniodawcę Inspektorem Ochrony Danych, pisząc na adres e-mail: [iod@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:iod@spzozmswia.wroclaw.pl)
9. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia naruszenia zasad ochrony danych osobowych, Zleceniobiorca, bez zbędnej zwłoki, informuje o tym Zleceniodawcę, w szczególności pisząc na adres email Inspektora Ochrony Danych : [iod@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:iod@spzozmswia.wroclaw.pl) .
10. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za będące następstwem jego działań lub zaniechań, szkody wyrządzone nieprawidłowym przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności za szkody powstałe w przypadku udostępnienia lub ujawnienia danych osobowych osobom nieupoważnionym, przetwarzania z naruszeniem obowiązujących przepisów lub w zakresie niezgodnym z przedmiotem umowy oraz ich utratą, uszkodzeniem, lub zniszczeniem.
11. Informacje o zasadach przetwarzania danych Zleceniobiorcy przez Zleceniodawcę są opublikowane na stronie: <https://spzozmswia.wroclaw.pl/rodo-kontrahenci/>.

### § 4

Zleceniobiorca zobowiązuje się do współpracy ze Zleceniodawcą w związku:

- 1) z prowadzonymi postępowaniami kontrolnymi, wyjaśniającymi prowadzonymi wobec Zleceniodawcy przez podmioty i organy do tego uprawnione, w szczególności Zleceniobiorca zobowiązany jest do udzielania wyjaśnień, informacji w terminie określonym przez Zleceniodawcę lub organ lub podmiot uprawniony.
- 2) ze skargami lub wnioskami oraz pismami pacjentów, w szczególności Zleceniobiorca zobowiązany jest do udzielania wyjaśnień, informacji w terminie określonym przez Zleceniodawcę, z tym zastrzeżeniem, że wyjaśnienia i informacje nie mogą sprowadzać się tylko do kserokopii dokumentacji medycznej lub jej zacytowania;
- 3) prowadzonymi przez Zleceniodawcę postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego w szczególności Zleceniobiorca zobowiązuje się do wsparcia Zleceniodawcy w sprawach opisu przedmiotu zamówienia lub jego weryfikacji, udzielania odpowiedzi przez Zleceniodawcę,
- 4) z prowadzonymi innymi postępowaniami lub czynnościami wobec lub z udziałem Zleceniodawcy.

## § 5

Zleceniobiorca zobowiązuje się do noszenia identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję/ stanowisko. Identyfikator zapewnia Zleceniodawca. Za nienoszenie identyfikatora Zleceniobiorca zobowiązany jest to zapłaty na rzecz Zleceniodawcy, z uwagi na wymogi akredytacyjne, kary umownej w kwocie 200 zł. Koszt identyfikatora to 15,00 zł W przypadku zagubienia lub zniszczenia identyfikatora, Zleceniobiorca zobowiązany jest zwrócić Zleceniodawcy jego równowartość, w wysokości określonej w zdaniu poprzedzającym.

## § 6

1. Z tytułu niniejszej umowy Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości:

- .....zł **brutto** (słownie zł: .....00/100) za każdą godzinę świadczenia usług zgodnie z potrzebami Zleceniodawcy

2. Zleceniobiorca w ramach wynagrodzenia określonego w punkcie 1, bez dodatkowego wynagrodzenia, zobowiązuje się do uczestniczenia w pracach komisji, komitetów lub zespołów działających u Zleceniodawcy.

## § 7

Wyplata wynagrodzenia nastąpi na podstawie rachunku wystawionego przez Zleceniobiorcę i dostarczonego Zleceniodawcy do dnia 05 - go następnego miesiąca po miesiącu świadczenia usług zdrowotnych określonych w § 1, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zleceniobiorcę w terminie do dnia 15 w miesiącu otrzymania rachunku. W przypadku opóźnienia w dostarczeniu rachunku Zleceniodawcy, zapłata za wykonane usługi zdrowotne nastąpi w ciągu 15 dni od otrzymania rachunku.

Do rachunku Zleceniobiorca zobowiązany jest dołączyć rozliczenie świadczonych usług, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszej umowy, potwierdzony przez Pielęgniarkę Oddziałową oraz Naczelną Pielęgniarkę.

## § 8

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do wykonania zlecenia w siedzibie Zleceniodawcy w okresie, o którym mowa w § 10.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania przepisów, w szczególności:
  - ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej,
  - ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

## § 9

1. W celu realizacji niniejszej umowy Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy obowiązujących w SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu. W szczególności Zleceniobiorca zobowiązuje się:

- a) znać przepisy i zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, brać udział w szkoleniu (instruktażu) z tego zakresu,
  - b) świadczyć usługi określone w § 1 w sposób zgodny z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stosować się do wydawanych w tym zakresie poleceń i wskazówek z uwzględnieniem występujących zagrożeń, znać występujące ryzyko zawodowe występujące podczas świadczenia usług,
  - c) dbać o należyty stan maszyn, urządzeń, narzędzi i sprzętu oraz o porządek i ład w miejscu świadczenia usług określonych w § 1,
  - d) stosować środki ochrony indywidualnej wymagane przy świadczeniu usług określonych w § 1,
  - e) dostarczyć aktualne orzeczenie lekarskie Medycyny Pracy i Sanitarно-Epidemiologiczne stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych niezbędnych do wykonania niniejszej umowy i ponosi wszelkie koszty związane z ich uzyskaniem oraz odnowieniem w trakcie trwania umowy.
  - f) niezwłocznie zawiadomić Zleceniodawcę o zauważonym na terenie Zakładu wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec inne osoby znajdujące się w rejonie zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie,
  - g) współdziałać ze Zleceniodawcą w wypełnianiu obowiązków dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.
  - h) przedstawić Zleceniodawcy zaświadczenie o posiadanych kwalifikacjach i uprawnieniach - stosownie do wykonywania zleconych usług.
2. Koszty leczenia poekspozycyjnego ponosi Zleceniobiorca, z zastrzeżeniem art. 41 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675, ze zm.).

## § 10

1. Strony zawierają niniejszą umowę **od dnia .....r. do dnia .....**
2. Każdej ze stron przysługuje prawo wypowiedzenia niniejszej umowy z 3 – miesięcznym okresem wypowiedzenia, liczonym od początku miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wypowiedzenie.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku:
  - a) przez jedną ze stron – gdy druga strona rażąco narusza postanowienia umowy,
  - b) naruszenia przez Zleceniobiorcę istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową, udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie po spożyciu alkoholu lub środków odurzających,
  - c) utraty przez Zleceniobiorcę uprawnień koniecznych do wykonywania przedmiotu umowy lub zawieszenia tych uprawnień,
  - d) popełnienia przez Zleceniobiorcę przy wykonywaniu niniejszej umowy przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem, który uniemożliwia dalszą realizację umowy przez Zleceniobiorcę,
  - e) gdy zajdą okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze jej wykonanie albo nastąpi taka zmiana bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wykluczy możliwość kontynuowania umowy.

## § 11

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach danych mających wpływ na opłacenie składek ZUS i podatku dochodowego, nie później niż 3 dni robocze od wystąpienia zmiany
2. W przypadku nieprzekazania informacji o zmianie danych, o których mowa w ust. 1, Zleceniobiorca zobowiązuje się do zwrotu Zleceniodawcy, w terminie nie dłuższym niż 5 dni, środków finansowych w wysokości odpowiadającej sumie składek, do poboru których obowiązany jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w części finansowanej przez ubezpieczonego, oraz odsetek za zwłokę liczonych jak dla zaległości podoatkowych należnych od składek naliczonych przez płatnika – Zleceniodawcę albo Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz innych kosztów poniesionych przez Zleceniodawcę. Dla wyeliminowania wszelkich wątpliwości Strony zgodnie oświadczają, że odsetki za zwłokę, do poboru, których zobowiązany jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz inne koszty, a do zwrotu których, zgodnie ze zdaniem poprzednim zobowiązany jest Zleceniobiorca, liczone są od całości składek tj. zarówno finansowanych przez ubezpieczonego jak i płatnika, bowiem obowiązek ich opłacenia przez Zleceniodawcę - płatnika powstaje w związku z zaniechaniem przez Zleceniobiorcę wypełnienia swoich obowiązków względem Zleceniodawcy tj. braku poinformowania o zmianie podstaw

ubezpieczeń społecznych. Brak zwrotu Zleceniodawcy środków w terminie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, uprawnia Zleceniodawcę do naliczenia i dochodzenia odsetek ustawowych za opóźnienie.

## § 12

Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez zapłatę kar umownych na następujących zasadach i wysokościach:

1. Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną - w wysokości 700,00 zł (słownie: siedemset złotych) za jedno naruszenie polegające w szczególności na:
  - a) braku powiadomienia Zleceniobiorcy o niemożności świadczenia usług w terminie określonym w miesięcznym harmonogramie,
  - b) niewłaściwego wypełniania dokumentacji medycznej, w szczególności umieszczanie danych medycznych niezgodnych ze stanem rzeczywistym, nieczytelnych, sprzecznych z przepisami prawa albo wytycznymi upoważnionych właściwych organów.
  - c) w przypadku braku stosowania przez Zleceniobiorcę przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2025.302) oraz rozporządzeń wykonawczych do ww. ustawy.
2. Jeżeli na skutek niewykonania lub niewłaściwego wykonania niniejszej umowy przez Zleceniobiorcę Zleceniodawca poniesie szkodę, której wysokość przekracza wysokość zastrzeżonych kar umownych, Zleceniodawca zastrzega możliwość dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
3. Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną za rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po jego stronie – w wysokości równej kwocie 4000,00 zł (słownie: cztery tysiące złotych).
4. Kara umowna płatna jest w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do jej zapłaty.
5. Zleceniobiorca wyraża zgodę na potrącenie przez Zleceniodawcę kary umownej z przysługującego wynagrodzenia.
6. W przypadku naruszenia przez Zleceniobiorcę ochrony danych osobowych, Zleceniobiorca bez zbędnej zwłoki zgłasza naruszenie Zleceniodawcy. Zleceniodawca żąda od Zleceniobiorcy informacji o podjętych działaniach naprawczych i uruchamia odpowiednią procedurę. W przypadku nałożenia na Zleceniodawcę sankcji za wyżej wymienione naruszenie, Zleceniodawca obciąży odpowiednio sankcją Zleceniobiorcę.
7. Zapłata przez Zleceniobiorcę kary umownej nie zwalnia Zleceniobiorcy z wykonania obowiązków

## § 13

1. Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność wobec osób trzecich za wyrządzoną szkodę wyrządzoną w trakcie bezpośredniego udzielania świadczenia usług pielęgniarских, będących przedmiotem niniejszej umowy, o ile powstała z jego winy, w tym współwiny, a w szczególności za zaniedbanie lub błąd w sztuce.
2. Przez czas obowiązywania niniejszej umowy Zleceniobiorca ma obowiązek posiadania aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Kopia polisy ubezpieczeniowej stanowi załącznik do niniejszej umowy. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz kwoty 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. W przypadku utraty ważności polisy, Zleceniobiorca zobowiązany jest przedłożyć niezwłocznie kopię aktualnej polisy Zleceniodawcy.
3. Strony niniejszej umowy ponoszą odpowiedzialność solidarną, zgodnie z art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2026.156 ze zm.) za szkodę wyrządzoną osobom trzecim w trakcie bezpośredniego udzielania świadczonych usług będących przedmiotem tej umowy. Jednakże za szkody wyrządzone przez Zleceniobiorcę z jego winy odpowiada Zleceniobiorca do pełnej wysokości szkody wraz z odsetkami i innymi kosztami.
4. Każda ze stron obowiązana jest zawiadomić niezwłocznie drugą o wystąpieniu osoby trzeciej z roszczeniem odszkodowawczym za szkodę będącą następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

## § 14

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz informacji i danych pozyskanych w związku z wykonywaniem umowy w trakcie jej wykonywania jak i po jej zakończeniu.

2. Naruszenie w/w obowiązku spowoduje odpowiedzialność Zleceniobiorcy za wyrządzone szkody dla Zleceniodawcy według zasad określonych w Kodeksie Cywilnym.

### § 15

1. Wszelkie zmiany warunków umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Zleceniodawcy jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Zleceniobiorcy, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
3. Zmiana umowy z naruszeniem ust. 2 jest nieważna.

### § 16

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o Działalności Leczniczej (DZ. U. 2026.156 ze zm.) oraz Kodeksu Cywilnego

### § 17

W sprawach spornych strony mogą poddać się rozstrzygnięciu Sądu Powszechnego właściwego miejscowo dla siedziby Zleceniodawcy.

### § 18

Umowa zawarta została w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, 1 egz. dla Zleceniobiorcy, 2 egz. dla Zleceniodawcy.

.....  
.....  
(Zleceniobiorca)

(Zleceniodawca)

# RACHUNEK DO UMOWY ZLECENIA

wystawiony w ..... dnia .....

przez **Zleceniobiorcę:**

.....

(imię i nazwisko)

zamieszkałego/ą w ..... przy ul. ....

Dla **Zleceniodawcy:**

SP ZOZ MSWiA we Wrocławiu, ul. Olbińska 32, 50-233 Wrocław

Stosownie do umowy zlecenia z dnia ..... proszę o wypłacenie kwoty brutto:

1.\* Ustalonej jako iloczyn wykazanych przeze mnie godzin i stawki godzinowej wynikającej z Umowy

2.\* Wynikającej z Umowy ( dla określonych stałą miesięczną stawką )

**\*niepotrzebne skreślić**

Tytułem wykonania pracy w

postaci.....

.....

.....

...

.....  
(podpis **Zleceniobiorcy**)

Zlecenie wykonano i przyjęto dnia.....

.....

(data i podpis **bezpośredniego przełożonego**)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym .....

(data i podpis **Sekcja Płac**)

Akceptuję do wypłaty kwotę .....zł (słownie: .....

.....)

.....

(data i podpis **Głównego Księgowego** )  
**upoważnionej**)

(data i podpis **osoby**

## UWAGA

ZAŁĄCZNIKIEM DO NINIEJSZEGO RACHUNKU JEST WYPEŁNIONA PRZEZ ZLECENIOBIORCĘ EWIDENCJA GODZIN WYKONYWANIA UMOWY ZLECENIA POTWIERDZONA PRZEZ PRZEŁOŻONEGO

**Załącznik nr 1 do rachunku**

Ewidencja godzin wykonywania umowy zlecenia nr ..... zawartej w dniu .....  
r.

Miesiąc: ..... 20..... r.

Nazwisko i imię Zleceniobiorcy: .....

<b>Dzień miesiąca</b>	<b>Liczba godzin wykonywania umowy zlecenia</b>	<b>Uwagi</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
Liczba godzin wykonywania umowy zlecenia ogółem:		

Podpis Zleceniobiorcy  
.....

Podpis Pielęgniarki Oddziałowej  
.....

Podpis Naczelnej Pielęgniarki  
.....