

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI**

**KONKURSU OFERT**

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

w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego 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 anestezyjologicznego 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 (t.j. Dz. U. z 2022.633 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 (t.j. Dz.U.2021.1285 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. Zertina Pluta e-mail: [zpluta@spzozmswia.wroclaw.pl](mailto:zpluta@spzozmswia.wroclaw.pl),

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

fax sekretariat – (071) 329 36 89

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

Ogłoszenie o konkursie zostanie zamieszczone w następujących ogólnodostępnych miejscach:

- strona internetowa: [www.spzozmswia.wroclaw.p](http://www.spzozmswia.wroclaw.p)

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.

#### **Wymagania:**

- specjalizacja z pielęgniarstwa anestezyjologicznego lub kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa anestezyjologicznego,
- co najmniej 5 letni staż w zawodzie pielęgniarki anestezyjologicznej,
- aktualne szkolenie dot. przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych
- 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)**

*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 2021 r., poz. 290), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2022.787), w zarządzeniu Nr 61/2022/DSOZ Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia z dnia*

06.05.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna i zarządzeniu nr 56/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31.03.2021 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 01.11.2022 r. do 31.10.2024 r.**

#### **§ 4**

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, ul. Ołbińska 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 (t.j. Dz. U. z 2022.633 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 nieprzejrzywej 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 pielęgniarskiej
  - prawa wykonywania zawodu;
  - dyplom specjalizacji lub odpis zaświadczenia ukończenia kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego;
  - aktualne zaświadczenie o szkoleniu dot. przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych
- Oświadczenie Oferenta o posiadaniu minimum pięcioletniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu pielęgniarki anestezjologicznej, 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 anestezyjologicznego”.
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 14.10.2022 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 14.10.2022 r., o godz. 14.30, w świetlicy 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 niejawnej 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 niejawnej 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 (t.j. Dz. U. z 2022.633 ze zm.),
- ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2021.1285 ze zm.),
- kodeksu cywilnego.

#### **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:**

1. Nazwa/ nazwisko i imię.....
2. Siedziba: .....
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. Zobowiązuję się do przedstawienia (najpóźniej w dniu podpisania umowy) kopii umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia zdrowotnego.
5. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, dla potrzeb niezbędnych do realizacji konkursu ofert.
7. 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 pięć lat doświadczenia w wykonywaniu zawodu pielęgniarki anestezyjologicznej.

.....

*(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

UMOWA NR ...../K/Wr/2022

zawarta w dniu .....pomiedzy

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, wpisanym 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 reprezentowany przez ..... – kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej uprawnionego do reprezentacji Udzielającego zamówienia zgodnie z informacją odpowiadającą odpisowi aktualnemu 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, z siedzibą ....., REGON ....., NIP ..... zwaną/ym w treści umowy „**Przyjmującym zamówienie**”.

### §1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego 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 anestezjologicznego 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.

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 2021 r., poz. 290), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2022.787), w zarządzeniu Nr 61/2022/DSOZ Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 06.05.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna i zarządzeniu nr 56/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31.03.2021 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 (t.j. Dz.U.2022.392).

## **§ 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 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 zobowiązany jest ściśle współpracować z personelem Udzielającego zamówienia i stosować się do procedur przyjętych u Udzielającego zamówienia.
8. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest posiadać odpowiednią, wymaganą przepisami obowiązującego prawa, medyczną odzież ochronną, oraz utrzymywać ją w należyłym stanie.

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 (t.j. Dz.U.2022.633 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 lekarskie 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.

## **§ 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 (t.j. Dz.U.2021.1285 ze zm.).

## **§ 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.

2/ Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną za rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po jego stronie – w wysokości równej kwocie 4.000,00 zł (słownie zł.: cztery tysiące).

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.: .....)
  - .....**zł brutto** (słownie zł.: .....)
  - .....**zł brutto** (słownie zł.: .....)
2. Rozliczanie udzielanych świadczeń następować będzie w okresach miesięcznych. Wzór rozliczenia udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowią załączniki nr 1 i 2 do niniejszej umowy.
3. Wypłata wynagrodzenia nastąpi na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego zamówienie i dostarczonego Udzielającemu zamówienia do dnia 5 następnego miesiąca po miesiącu udzielania świadczeń, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie zapłaty do dnia 26 w miesiącu otrzymania faktury. W przypadku opóźnienia w dostarczeniu faktury Udzielającemu zamówienia, zapłata za wykonane świadczenia nastąpi w ciągu 15 dni od otrzymania faktury.
4. Do faktury Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest załączyć wykaz udzielonych świadczeń, potwierdzony przez Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Anestezjologii i I.T. i Naczelną Pielęgniarkę, pod rygorem nie wypłacenia wynagrodzenia w terminie. Wykaz udzielonych świadczeń stanowią załączniki nr 1 i 2 do niniejszej umowy.

## § 10

1. Umowa została zawarta na okres od dnia **01.11.2022 r. do dnia 31.10.2024 r.**
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, za 1 - 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**

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.

#### **§ 12**

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.

#### **§ 13**

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.

#### **§ 14**

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 (t.j. Dz. U. 2022.633 ze zm.).

#### **§ 15**

1. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, w tym danych szczególnej kategorii dot. stanu zdrowia, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu

takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, w tym w szczególności do:

- a) stosowania wszystkich wytycznych wynikających z zasad i przepisów ochrony danych osobowych,
- b) dołożenia wszelkich starań przy wykonywaniu powierzonych obowiązków w celu ochrony danych osobowych,
- c) zabezpieczenia przetwarzanych danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem przepisów prawa, nieuprawnioną zmianą lub zniszczeniem, utratą, uszkodzeniem, poprzez podjęcie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, w szczególności stosując adekwatne zabezpieczenia podczas przekazywania danych w komunikacji elektronicznej,
- d) zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia, oraz informacji uzyskanych do których ma lub będzie miał dostęp, oraz wszelkich innych informacji dotyczących działalności Udzielającego zamówienia, których rozpowszechnienie, ujawnienie lub wykorzystanie mogłoby narazić Udzielającego zamówienia, współpracowników lub osoby, którym udzielana jest pomoc w ramach niniejszej umowy na szkodę, utratę dobrego imienia lub zaufania.

2. Zobowiązania, o których mowa powyżej wiążą Przyjmującego zamówienie w okresie trwania umowy oraz po jej rozwiązaniu.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do uczestnictwa w szkoleniu z zasad bezpiecznego przetwarzania danych osobowych obowiązujących u Udzielającego zamówienia oraz otrzyma upoważnienie do przetwarzania danych, w zakresie pełnionych obowiązków oraz poleceń administratora.

4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest świadomy iż naruszenie ww. obowiązków może skutkować poniesieniem odpowiedzialności karnej lub odpowiedzialności cywilnej na podstawie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, które może być podstawą rozwiązania niniejszej umowy.

## **§ 16**

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2022.633 ze zm.) i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2021.1285 ze zm.).

## **§ 17**

Załączniki nr 1 i 2 stanowią integralną część umowy.

**§ 18**

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 anestezyjologicznego 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. ....
.....	.....	od godz. ....do godz. ....

.....  
(podpis Przyjmującego zamówienie)

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

.....  
(podpis Naczelnej Pielęgniarki)