ZZ-K-1152- 28/2023 Wrocław, 04.05.2023 r.

S Z C Z E G Ó Ł O W E W A R U N K I

KONKURSU OFERT W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA WE WROCŁAWIU

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania pacjentów do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 w Przychodni MSWiA we Wrocławiu.

Podstawa prawna:

- art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024.799),
- 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.2024.146)

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,

kadry@spzozmswia.wroclaw.pl

fax sekretariat – (071) 329 36 89

strona internetowa: www.spzozmswia.wroclaw.pl

Ogłoszenie o konkursie zostanie zamieszczone w następujących ogólnodostępnych miejscach:

- strona internetowa: www.spzozmswia.wroclaw.pl

Klauzula informacyjna dotycząca RODO znajduje się na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: 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 na udzielanie świadczeń zdrowotnych na w zakresie kwalifikowania pacjentów do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 w Przychodni MSWiA we Wrocławiu, w zależności od potrzeb Udzielającego zamówienia, w dniach i w godzinach określonych w harmonogramie ustalanym w porozumieniu z Kierownikiem Przychodni.

1.Kwalifikacje:

- osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza

2. Wymagania:

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 9Dz. U. z 2024 r. poz.560).

3. Czas trwania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych **od 01.11.2024 r. do 31.10.2026 r.**

§ 4

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

Przychodnia MSWiA we Wrocławiu, przy ul. Grabiszyńska 35-39, Wrocław.

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 2024.799).

§ 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 oraz że nie był karany ani nie jest prowadzone wobec niego żadne postępowanie karne – **załącznik Nr 3 oraz** oświadczenie dot. ochrony danych osobowych „RODO" – **załącznik Nr 4.**

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

- 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:

- Odpis (kopię) dyplomu ukończenia studiów medycznych;
- Odpis (kopię) prawa wykonywania zawodu;
- Odpis (kopię) dyplomu specjalizacji (jeśli lekarz posiada specjalizację),
- 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 9Dz. U. z 2024 r. poz.560).

4. 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 Zamawiającemu 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.

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 ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania pacjentów do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 w Przychodni MSWiA we Wrocławiu".

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 **11.10.2024 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 11.10.2024 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 2024.799),
- ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2024.146).
- kodeksu cywilnego.

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Oferta cenowa.
3. Oświadczenie oferenta x2
4. Wzór umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wraz z załącznikami.

Poniżej wzory dokumentów do pobrania.

Załącznik nr 1

Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania pacjentów do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 w Przychodni MSWiA we Wrocławiu.

Dane Oferenta:

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.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

. . . . .	. . . . .	. . . . .
(miejscowość)	*(data)*	*(podpis Oferenta)*

Załącznik nr 2

Oferta cenowa Oferenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania pacjentów do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 w Przychodni MSWiA we Wrocławiu.

1. Proponowana stawka za 1 badanie kwalifikujące do szczepień ochronnych:
   wynosi brutto (cena) ..... **zł,** słownie w zł:(.....)

. . . . . .	. . . . .	. . . . .
(miejscowość)	*(data)*	*(podpis Oferenta)*

Załącznik nr 3

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 Przestępstw 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.

. . . . .	. . . . .	. . . . .
(miejscowość)	*(data)*	*(podpis Oferenta)*

Załącznik nr 4

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

. . . . .	. . . . .	. . . . .
(miejscowość)	*(data)*	*(podpis Oferenta)*

WZÓR UMOWY

UMOWA NR ……/K/Wr/2024

zawarta w dniu ……pomiędzy

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

lek. ....., wykonującą/ym indywidualną praktykę lekarską 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 o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne jest kwalifikowanie do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 w Przychodni MSWiA we Wrocławiu.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wykonywania świadczeń określonych w ust. 1 zgodnie z harmonogramem uzgodnionym w porozumieniu z Kierownikiem Przychodni.

§ 2

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się wobec Przyjmującego zamówienie do nieodpłatnego udostępnienia pomieszczeń, sprzętu medycznego, bazy analityczno - badawczej, leków, łączności telefonicznej, bazy komputerowej – niezbędnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy i w celu ich prawidłowego wykonywania.
2. 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. 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.

§ 3

1. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek udzielania świadczeń osobiście, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, z należytą starannością i zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta oraz z zachowaniem ochrony danych osobowych.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poinformowania na piśmie Udzielającego zamówienia, co najmniej 15 dni przed planowaną nieobecnością.
3. W sytuacjach nagłych, których Przyjmujący zamówienie nie mógł przewidzieć wcześniej, zobowiązany jest powiadomić Udzielającego zamówienia niezwłocznie po zaistnieniu przyczyny niemożności udzielenia świadczeń.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
2. Dokumentacja medyczna stanowi własność Udzielającego zamówienie. Wykonanie kopii dokumentacji medycznej przez Przyjmującego zamówienie może nastąpić wyłącznie za zgodą Udzielającego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie odpowiedzialny będzie za ochronę danych osobowych zawartych w dokumentacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania procedur zapobiegania zakażeniom obowiązujących u Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach przedmiotu umowy w zakresie jakości udzielanych świadczeń, posiadanych kwalifikacji i harmonogramu udzielanych świadczeń oraz na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2024.146).
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienie w zakresie udzielanych świadczeń.

§ 5

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 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz kwoty 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Kopia polisy ubezpieczeniowej stanowi załącznik do niniejszej umowy. W przypadku utraty ważności polisy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu zamówienia przed upływem ważności polisy, kopię nowej polisy.

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 lekarskiej.

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.2024.799) 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 zamówienie 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.

§ 6

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.

§ 7

1. Z tytułu niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości:

- …….. zł brutto (słownie złotych: ……..) za jedno badanie kwalifikujące do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19.

2. Rozliczanie udzielanych świadczeń następować będzie w okresach miesięcznych. Wzór rozliczenia udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowi załącznik nr 1 do umowy.

3. Wypłata wynagrodzenia nastąpi na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego zamówienie i dostarczonego Udzielającemu zamówienia do dnia 10 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 rozliczenie udzielonych świadczeń zdrowotnych, potwierdzone przez Kierownika Przychodni pod rygorem nie wypłacenia wynagrodzenia w terminie.

5. Termin zapłaty jest bezwzględnie uwarunkowany zgodnym z umową pomiędzy Udzielającym zamówienia a Narodowym Funduszem Zdrowia, przepływem środków finansowych.

§ 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 1.000 zł za jedno naruszenie, w tym w szczególności:

a/ braku powiadomienia Udzielającego zamówienia o niemożności udzielenia świadczeń w terminie ustalonym w harmonogramie,

b/ nie udzielenia świadczeń zdrowotnych bez uzyskania zgody przez Udzielającego zamówienia na czasową nieobecność Przyjmującego zamówienie,

c/ niewłaściwego wypełniania dokumentacji medycznej, w szczególności umieszczanie danych medycznych niezgodnych ze stanem rzeczywistym, nieczytelnych, sprzecznych z przepisami prawa albo wytycznymi upoważnionych właściwych organów,

d/ w przypadku braku stosowania przez Przyjmującego zamówienie przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. 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 3.000,00 zł (słownie zł.: trzy 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 zmówienia obciąży odpowiednio sankcją Przyjmującego zamówienie.

§ 9

1.Umowa została zawarta na okres **od dnia 01.11.2024 r. do dnia 31.10.2026 r.**

2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, za 2-miesięcznym okresem wypowiedzenia liczonym od początku miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło wypowiedzenie.

3.Umowa może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym 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.

§ 10

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.

§ 11

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.

§ 12

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.

§ 13

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. 2024.799).

§ 14

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
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.

§ 15

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

§ 16

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. DZ. U. 2024.799) i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2024.146).

§ 17

Załącznik nr 1 stanowi 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**

Załącznik nr 1

<u>Wzór rozliczenia udzielonych świadczeń zdrowotnych:</u>

Rozliczenie za miesiąc .....

Imię i nazwisko lekarza – ……..

Przychodnia MSWiA we Wrocławiu.

1.Liczba badań kwalifikujących do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 ……..…

.....
(podpis Przyjmującego zamówienie)

.....
(podpis Kierownika Przychodni)