

**Zamawiający:**  
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**Centralny Szpital Kliniczny**  
**Uniwersytetu Medycznego**  
**w Łodzi, ul. Pomorska 251**  
**92-213 - Łódź**

**REGON:472147559**  
**NIP: 728-22-46-128**  
**Telefon 42 675-75-00**  
**faks 42 679-17-80**  
**[www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl)**

Postępowanie konkursowe na udzielanie świadczeń  
zdrowotnych z zakresu  
**leczenia stomatologicznego.**

**Zatwierdził Dyrektor:**

**Łódź, 10.06.2021 r.**

## **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (zwane dalej "SWKO")**

Działając na podstawie art.26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.2021.711 z późn. zm.), oraz przepisów 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, 153 i art.154 ust.1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.), Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251, jako Udzielający zamówienia przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

### **I. OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU**

**A. Przedmiotem konkursu jest wykonanie usług medycznych w zakresie leczenia stomatologicznego (CPV 85130000-9, CPV 85131000 6):**

- Maksymalne wynagrodzenie procentowe jakie Udzielający zamówienia jest w stanie zapłacić w zależności od obrotu wynosi **(w zakresie chirurgii stomatologicznej):**

o PLN	-	4000 PLN	30 %
4001	-	5000	1200 + 35 % od nadwyżki
5001	-	powyżej	1550 + 40% od nadwyżki

- Maksymalne wynagrodzenie procentowe jakie Udzielający zamówienia jest w stanie zapłacić w zależności od obrotu wynosi **(w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w zakresie chirurgii szczękowo – twarzowej):** 30%

Oferent musi posiadać dyplom specjalizacyjny z zakresu chirurgii szczękowej lub chirurgii szczękowo – twarzowej lub powinien być w trakcie specjalizacji w zakresie chirurgii szczękowo – twarzowej (po drugim roku specjalizacji) lub powinien posiadać specjalizację w zakresie chirurgii stomatologicznej.

Kwoty przychodu do wyliczenia wynagrodzenia prowizyjnego wyliczone będą po pomniejszeniu o koszty związane z pracami protetycznymi i implantologicznymi.

Natomiast za udzielanie świadczeń zdrowotnych przy udziale studentów maksymalne wynagrodzenie procentowe wynosi 10 % od obrotu, po potrąceniu kosztów technicznych.

### **II. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**

Do konkursu mogą przystąpić Oferenci, którzy:

- są podmiotami wymienionymi w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.2021.711 z późn. zm.),
  - posiadają uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych w ww. zakresie.
1. Każdy Oferent może przedłożyć w niniejszym postępowaniu tylko jedną ofertę (jeden komplet dokumentów, składający się na ofertę, zgodnie z załączonym wzorem oferty wraz z wymaganymi załącznikami).
  2. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim.
  3. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.
  4. Wszystkie załączniki oferty dla swojej ważności winny być podpisane, a kopie dokumentów potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta.
  5. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
  6. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.

7. W przypadku braku jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub gdy oferta zawiera braki formalne Zamawiający wzywa do uzupełnienia dokumentów lub usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

### **III. TERMIN WYKONANIA UMOWY**

Umowa z wybranym oferentem będzie obowiązywać przez okres **3 lat**.

### **IV. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W KONKURSIE ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIENIA TYCH WARUNKÓW**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, którzy:

1. Zapoznają się i zaakceptują wszystkie wymagania SWKO;
2. Przedłożą wszystkie dokumenty wymagane postanowieniami SWKO;
3. Zaproponują najkorzystniejszą cenę, w której zawierać się będą wszystkie koszty, jakie Oferent musi ponieść, aby wykonać przedmiot zamówienia (zgodny z opisem SWKO).

Ocena spełnienia wymagań zostanie przeprowadzona na podstawie złożonych przez Oferenta dokumentów przy zastosowaniu formuły spełnia/nie spełnia. Oferty niespełniające wymagań zostaną odrzucone.

### **V. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ OFERENCI W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oferta winna zawierać:

1. Dane o Oferencie - dokładny adres, nr PESEL, telefon/fax., numer rachunku bankowego – Załącznik nr 1;
2. Oświadczenie Oferenta - Załącznik nr 2;
3. Wypełnioną i podpisaną ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
4. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
5. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5;
6. Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru;
7. Kopię nadania NIP, REGON;
8. Kopię ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. oraz Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019.866);
9. Kopię dyplomu ukończenia wyższej szkoły medycznej;
10. Kopię dyplomu uzyskania tytułu specjalisty – jeśli dotyczy;
11. Oświadczenie podpisane przez kierownika szkolenia specjalizacyjnego o odbywaniu specjalizacji – jeśli dotyczy;
12. Kopię dyplomu uzyskania stopnia/tytułu naukowego oraz kopie innych dokumentów potwierdzających nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania;
13. Kopię prawa wykonywania zawodu;
14. Kopię wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską lub zaświadczenie, że Oferent dostarczy w/w dokument w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu;
15. Kopię orzeczenia lekarskiego, potwierdzającego zdolność do pracy;
16. Kopię dokumentu potwierdzającego odbycie szkolenia BHP.

### **VI. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ**

Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty osobiście lub na piśmie.

Osoby uprawnione do kontaktów z Oferentami: mgr Dorota Bonowicz - Kwiatkowska 42 675-75-88

Informacji dotyczących konkursu udziela się w godz. 10.00 - 14.00.

### **VII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Termin związania ofertą wynosi 30 dni.

Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

## **VIII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT**

1. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie oznaczonej:

**„Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie stomatologii**

**„Nie otwierać przed 18.06.2021 r. do godz.10.30.”**

w sekretariacie Szpitala - pok. 216/w kancelarii Szpitala (parter, budynek A-3) w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.

2. **Termin składania ofert upływa dnia 18.06.2021 r. o godz. 10.00.**

3. **Otwarcie ofert nastąpi w dniu 18.06.2021 r. o godz. 10.30** w pok. 405D Szpitala w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.

4. Otwarcie ofert dokonane zostanie w obecności przybyłych Oferentów (obecność Oferentów nie jest obowiązkowa), którzy mogą uczestniczyć w części jawnej konkursu.

5. Oferty złożone (nadane, jako przesyłka pocztowa) po wyznaczonym terminie zostaną odrzucone bez otwierania. W przypadku ofert wysłanych drogą pocztową/kurierem decyduje data i godzina wpłynięcia do siedziby Zamawiającego.

6. Celem dokonania zmian, bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie pod warunkiem zachowania wcześniej wyznaczonego terminu.

7. Wyniki konkursu zostaną zamieszczone na stronie internetowej [www.csk.umed.pl](http://www.csk.umed.pl) i na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.

8. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

## **IX. KRYTERIA OCENY PRZY WYBORZE OFERTY**

1. Oceniane będą tylko te oferty, które spełniają w całości wymagania SWKO.

2. Udzielający zamówienia wybierze ofertę najkorzystniejszą cenowo. **100 % cena**

3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru więcej niż jednej oferty, stosownie do potrzeb Szpitala.

## **X. OPIS SPOSOBU ZAWARCIA UMOWY**

Oferent, którego oferta uznana została za najkorzystniejszą, zostanie powiadomiony o terminie i miejscu podpisania stosownej umowy.

## **XI. ODRZUCA SIĘ OFERTE**

1. złożoną przez Oferenta po terminie,

2. zawierającą nieprawdziwe informacje,

3. jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,

4. jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,

5. jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,

6. jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną,

7. jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych jako warunki wymagane od Przyjmującego zamówienia,

8. złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

## **XII. UNIEWAŻNIENIE KONKURSU**

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

1) nie wpłynęła żadna oferta,

2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2,

3) odrzucono wszystkie oferty,

4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu,

5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Udzielający zamówienia może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

### **XIII. USTALENIA KOŃCOWE**

3. Konkurs ofert będzie ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta.
4. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie związania ofertą.
5. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 152 i 153 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Oferentowi w toku postępowania konkursowego przysługuje prawo do złożenia do Zamawiającego protestu w terminie 7 dni roboczych od dnia zaskarżonej czynności, nie później jednak niż do czasu zakończenia postępowania.
4. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 152 i 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Oferentowi przysługuje prawo do złożenia do Zamawiającego odwołania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

### **XIV. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:**

1. Dane o Oferencie - dokładny adres, nr PESEL, telefon/fax., numer rachunku bankowego – Załącznik nr 1;
2. Oświadczenie Oferenta - Załącznik nr 2;
3. Wypełniona i podpisana oferta cenowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych – Załącznik nr 3;
4. Podpisany „Projekt umowy” – Załącznik nr 4;
5. Oświadczenie Oferenta (podatek VAT) – Załącznik nr 5.

### **XV. KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) informujemy że:

1. Administratorem danych osobowych jest SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego: inspektor.odo@csk.umed.lodz.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:
  - a. przeprowadzenia konkursu ofert - na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zw. z art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
  - b. w innych celach na podstawie wyrażonej zgody - art. 6 ust 1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym u administratora do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,.
5. W oparciu o dane osobowe nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały również profilowaniu.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji procesu konkursowego, a w wypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych przez okres nie dłuższy niż do czasu odwołania wyrażonej zgody.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora, przy czym prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest niezbędne w celu uczestnictwa w procesie konkursowym natomiast w pozostałych celach jest dobrowolne jednak ich nie podanie może skutkować brakiem możliwości realizacji celu, na który wyrażono zgodę.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do

cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - w granicach określonych w przepisach prawa. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu **leczenia stomatologicznego.**

**DANE OFERENTA:**

.....  
.....  
.....

**PESEL:**

.....

**ADRES:**

.....  
.....  
.....

**TELEFON / FAX**

.....  
.....

**E-MAIL**

.....

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

.....  
.....  
.....

.....  
/ data /

.....  
/ podpis Wykonawcy /

.....  
Pełna nazwa Oferenta/Pieczątką z pełną nazwą Oferenta

..... dnia .....

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Centralny Szpital Kliniczny  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
ul. Pomorska 251  
92-213 – Łódź**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że pozostanę związany z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami – Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego 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) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2019. 1781).
8. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawienia.

.....  
/data, pieczęć i podpis Oferenta/



## OFERTA CENOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zgodnie z kalkulacją cenową przedstawioną poniżej:

- Wykonywanie świadczeń w zakresie **chirurgii stomatologicznej**:

o PLN	-	4000 PLN	.....%	
4001 PLN	-	5000 PLN	.....PLN + .....%	od nadwyżki
5001 PLN	-	powyżej	..... PLN + .....%	od nadwyżki

- Wykonywanie świadczeń w ramach **Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w zakresie chirurgii szczękowo – twarzowej**: .....%.

Kwoty przychodu do wyliczenia wynagrodzenia prowizyjnego wyliczone będą po pomniejszeniu o koszty związane z pracami protetycznymi i implantologicznymi.

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych przy udziale studentów zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości .....% obrotu , po potrąceniu kosztów technicznych.

.....  
/ data /

.....  
/podpis Wykonawcy/

UMOWA NR .....

zawarta w dniu .....

pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centralnym Szpitalem  
Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,**

ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź, NIP 728-22-46-128, REGON 472147559, KRS 0000149790,

reprezentowanym przez:

dr n. med. Monikę Domarecką - Dyrektora Szpitala  
zwanym dalej „**Udzielającym zamówienia**”,

a

.....  
zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”

wybrany w **trybie postępowania konkursowego** zgodnie z ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.2021.711 z późn. zm.), o następującej treści:

**§ 1.**

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu **stomatologii**.

**§ 2.**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada dokumenty potwierdzające wykształcenie i uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w § 1. Ponadto zobowiązuje się do okazania oryginałów w/w dokumentów na żądanie Udzielającego zamówienie.

**§ 3.**

1. Przyjmujący zamówienie będzie wykonywał świadczenia w terminach uzgadnianych z Udzielającym zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie współpracuje z całym personelem Udzielającego zamówienia udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów leczonych przez Udzielającego zamówienia.
3. Wykonanie prac o których mowa w § 1 odbywać się będzie na sprzęcie i materiałach będących własnością Udzielającego zamówienie.
4. W przypadku uszkodzenia sprzętu, na którym wykonywane będą prace, o których mowa w § 1 z winy Przyjmującego zamówienie, naprawa sprzętu lub jego wymiana na nowy następuje na jego koszt.
5. Po uzyskaniu zgody Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie może zlecić innemu podmiotowi udzielanie świadczeń zdrowotnych i związanych z tym obowiązków, określonych w niniejszej umowie.
6. Podmiotem tym może być tylko podmiot posiadający kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2 niniejszej umowy.
7. Przyjmujący zamówienie odpowiada za czyny innego podmiotu, któremu zlecił świadczenie usług, jak za czyny własne.
8. Koszty zlecenia usługi innemu podmiotowi ponosi Przyjmujący zamówienie.

**§ 4.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

- a) wykonania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami wiedzy medycznej przy zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowania praw pacjenta do zachowania w tajemnicy spraw związanych ze świadczeniami objętymi niniejszą umową, a także z aktualnie obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych;

- b) udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- c) prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach obowiązujących w Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej i zgodnie z wymogami NFZ;
- d) zapewnienia Udzielającemu zamówienia dostępu do dokumentacji medycznej osób badanych.

#### § 5.

- 1. Strony ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, chyba że szkoda jest wyrządzona przez Przyjmującego zamówienie umyślnie, bądź jest wynikiem zaniedbania obowiązków wynikających z przedmiotu niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie.
- 2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania przez cały czas trwania niniejszej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.
- 3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie rozwiązaniu w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przedstawić Udzielającemu zamówienia nową polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub inny dowód zawarcia takiego ubezpieczenia, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

#### § 6.

- 1. Przyjmujący zamówienie za usługi wymienione w § 1 będzie otrzymywał, z uwzględnieniem opłat za udostępnienie lokalu i sprzętu, wynagrodzenie zgodne z formularzem ofertowym Kwota przychodu do wyliczenia wynagrodzenia prowizyjnego wliczone będą po pomniejszeniu o koszty związane z pracami protetycznymi, ortodontycznymi i implantologicznymi.
- 2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych przy udziale studentów Przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości ..... % obrotu, po potrąceniu kosztów technicznych.
- 3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 i 2 płatne będzie miesięcznie przelewem na rachunek wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie 14 dni, od daty otrzymania rachunku przez Udzielającego zamówienia.
- 4. Udzielający zamówienia dokonuje potrącenia z wynagrodzenia w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wykonanej usługi jak również w przypadku nieprawidłowo prowadzonej dokumentacji (reklamacje).
- 5. Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędem Skarbowym.

#### § 7.

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

- a) przestrzegania przepisów obowiązujących u Udzielającego zamówienia, w szczególności przepisów BHP i przeciwpożarowych oraz regulaminów wewnętrznych, zarządzeń, instrukcji i innych przepisów porządkowych,
- b) posiadania aktualnych badań lekarskich,
- c) przestrzegania praw pacjenta,
- d) przetwarzania danych dotyczących osób uprawnionych do korzystania z badań, w szczególności dotyczących ich stanu zdrowia w sposób określony w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego 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) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2019. 1781),

- e) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które otrzymał w związku z wykonywaniem niniejszej umowy,
- f) ochrony i przetwarzania danych osobowych do których będzie miał dostęp lub które zostaną mu przekazane według przepisów zawartych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019.1781),
- g) nie udostępniania danych osobowych poza przypadkami, które są jasno przewidziane umową lub wynikają z przepisów prawa,
- h) uzyskania od Udzielającego zamówienie upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji niniejszej umowy, wynikającego z uprawnień zawodowych Przyjmującego zamówienie przed przystąpieniem do wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy,
- i) zapoznania się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, a także obowiązującymi u Udzielającego zamówienie procedurami zapewniającymi ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach,
- j) zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapozna się w trakcie wykonywania niniejszej umowy oraz sposobów ich zabezpieczenia, zarówno w okresie trwania niniejszej umowy jak również po jej ustaniu,
- k) wykonywania zadań zgodnie z funkcjonującym w Szpitalu Systemem Zarządzania Jakością, Systemem Bezpieczeństwa oraz Standardami Akredytacyjnymi.

## **§ 8.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
  - a) uznania prawa NFZ do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z dyrektorem oddziału Funduszu.
  - b) poddania się kontroli Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowości wykonania usługi.
2. W przypadku ewentualnego negatywnego wyniku kontroli przeprowadzonej przez NFZ i skutecznie zakwestionowanych świadczeń wykonanych przez Przyjmującego zamówienie, niezgodnie ze szczegółowymi warunkami danego zakresu usług medycznych NFZ, koszty nałożonych kar ponosi Przyjmujący zamówienie.

## **§ 9.**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od..... do.....
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron za pisemnym jednomiesięcznym wypowiedzeniem bez podania przyczyny.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie:
  - a) utracił prawo wykonywania zawodu, albo prawo do wykonywania zawodu zostanie zawieszona lub utraci zdolność do wykonywania obowiązków,
  - b) nie udokumentował po upływie okresu trwania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obowiązującej w dniu zawarcia umowy, faktu zawarcia nowej umowy ubezpieczenia – w terminie określonym § 5 ust. 3,
  - c) udzielając świadczeń zdrowotnych w sposób zawiniony lub na skutek rażącego niedbalstwa naraził pacjenta na utratę życia, uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia.

- d) popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.
4. Umowa wygasa w przypadku, gdy zajdą okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, i których nie można było przewidzieć przy zawarciu umowy, a w szczególności:
- a) likwidacji Udzielającego zamówienia,
  - b) wygaśnięcia kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ na świadczenia objęte niniejszą umową.

#### **§ 10.**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znana jest mu treść zapisu art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) i nie ma zawartej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

#### **§ 11.**

Prawa i obowiązki Przyjmującego zamówienie wynikające z niniejszej umowy nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez zgody Udzielającego zamówienia.

#### **§ 12.**

Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej za zgodą obu Stron.

#### **§ 13.**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty.

#### **§ 14.**

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Udzielający zamówienia:**

**Przyjmujący zamówienie:**

.....  
Pełna nazwa Oferenta/Pieczątko z pełną nazwą Oferenta

..... dnia .....

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Centralny Szpital Kliniczny  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
ul. Pomorska 251  
92-213 – Łódź**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**  
**(podatek VAT)**

1. **Pan/Pani** .....

oświadczam, że **JESTEM/NIE JESTEM\*** czynnym podatnikiem VAT.

2. W przypadku zmiany statusu na podatnika czynnego VAT, zobowiązuję się w przeciągu 14 dni od zmiany, do poinformowania o tym fakcie pracownika Działu Księgowości (pokój nr 217/218/219 w budynku Instytutu Stomatologii) Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi oraz zobowiązuję się do podania numeru konta zgłoszonego do Urzędu Skarbowego.

(\*niepotrzebne skreślić)

.....  
/data, pieczęć i podpis Oferenta/