**SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy**

**ul. Markwarta 4-6**

**85-015 Bydgoszcz**

**tel. 052 58-26-200**

**fax. 052 58-26-209**

**NIP – 554-22-01-453, REGON - 092325348**

**Numer sprawy: 02/2019**

**KONKURS OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SP WZOZ MSWIA W BYDGOSZCZY**

**REGULAMIN KONKURSU**

Art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku ustawy o działalności leczniczej

(Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 Nr 112, poz. 654)

**Komisja konkursowa**

**Przewodniczący: Marlena Karwacka**

**Członek: Mirosława Cieślak**

**Członek: Dominika Wiekierak**

**Członek: Maria Pabianek**

**Sekretarz: Michał Kryszewski**

**Zatwierdził:**

Dyrektor

SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy

dr n. med. Marek Lewandowski

/podpis na oryginale/

1. **Przedmiot konkursu**
2. Przedmiotem konkursu jest realizacja świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć /Oddziałach szpitalnych/ZOL, poradniach SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy przez pielęgniarki/położne, w ramach umów cywilno – prawnych, w ordynacji dziennej, dyżurze.
3. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń zdrowotnych określają odpowiednie przepisy oraz postanowienia umowy, która zostanie zawarta między stronami – wzór załącznik nr 3.
4. Każdy przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych następować będzie w dni powszednie oraz dni świąteczne (odpowiednio do zakresu).
6. Udzielający zamówienia na czas udzielania świadczeń udostępnia Przyjmującemu zamówienie odpowiednie pomieszczenia.
7. Przyjmujący Zamówienie w czasie, w którym zobowiązany jest do udzielania świadczeń nie może opuścić miejsca udzielania świadczeń w żadnych okolicznościach, chyba, że zapewni zastępstwo innego Przyjmującego zamówienie legitymującego się odpowiednimi kwalifikacjami, za zgodą Udzielającego Zamówienie z przynajmniej 7 – dniowym wyprzedzeniem.
8. Udzielający zamówienie nie zapewnia Przyjmującemu zamówienie odzieży roboczej.
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prania odzieży na podstawie zawartej umowy z uprawnionym podmiotem. Kopię zawartej umowy Przyjmujący zamówienie przedkłada Udzielającemu zamówienie.
10. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:
    1. przestrzegania regulaminów, zarządzeń, przepisów wewnętrznych i zewnętrznych,
    2. przestrzegania przepisów bhp i p/poż. na terenie zakładu.
11. **Warunki formalne sporządzenia oferty**
12. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z Regulaminem Konkursu**,** w formie pisemnej, maszynopisu lub wydruku i uzupełnić wymaganymi załącznikami (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem).
13. Kompletna oferta, łącznie z załącznikami ma mieć ponumerowane strony zawierające treść oferty. Formularz oferty stanowi załącznik numer 1 Wypełniony i podpisany jak wyżej w pkt. 1 Rozdziału II Regulaminu.
14. Oferta może zawierać informacje stanowiące tajemnicę Oferentów, których ujawnienie naruszałoby jego ważne interesy handlowe oraz zasady uczciwej konkurencji. Takie konkretnie określone informacje mają znajdować się na wyodrębnionych stronach oferty niezszytych z całością oferty tak, aby możliwe było zachowanie tajemnicy oferenta.
15. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, na kopercie należy umieścić:
16. Firma / Imię i Nazwisko Oferenta,
17. Adres do korespondencji,
18. Zapis co najmniej następującej treści:

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych – postępowanie numer 02/2019**

1. Udzielający zamówienia dopuszcza składanie ofert wariantowych.
2. Jeżeli do oferty załączane są dokumenty sporządzane w języku innym niż język polski do oferty należy załączyć również tłumaczenie w/w dokumentów na język polski, poświadczone przez oferenta.
3. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oraz złożeniem oferty ponosi oferent, niezależnie od wyniku konkursu.
4. Wszystkie terminy wskazane w niniejszym Regulaminie konkursu należy obliczać zgodnie z zasadami wskazanymi w Kodeksie cywilnym.
5. Jeżeli do oferty załączane są kopie dokumentów należy potwierdzić je **za zgodne z oryginałem**. Przy potwierdzeniu należy podać: za zgodność z oryginałem, datę, podpis i imienną pieczątkę. Potwierdzić za zgodne z oryginałem ma osoba/osoby\* uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu składającego ofertę.
6. **Wykaz dokumentów żądanych od Oferentów**

**\* Oferta powinna zawierać:**

1. Formularz ofertowy - załącznik nr 1 do Regulaminu
2. Aktualny dokument dopuszczający Wykonawcę do obrotu prawnego (wyciąg z odpowiedniego rejestru sądowego lub wydruk wpisu z systemu CEIDG);
3. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Bydgoskiej Izby Pielęgniarek i Położnych ( dotyczy pielęgniarki/położnej).
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (Kserokopia dyplomu, prawa wykonywania zawodu, dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej);
5. Kserokopię polisy ubezpieczeniowej OC lub zobowiązanie do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych,
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
7. Zaświadczenie lekarskie, orzeczenie do celów SE;
8. Okresowe szkolenie z zakresu BHP;
9. Zaświadczenie o odbyciu szkolenia z zakresu pola elektromagnetycznego (jeśli dotyczy);
10. Kopię szczepienia przeciwko WZW typu B lub oświadczenie o szczepieniu.
11. Kopię zawartej umowy na pranie odzieży ochronnej
12. **Kontakt z Udzielającym zamówienia**
13. Sposób kontaktu z oferentami – telefonicznie, e-mailem.
14. Wyjaśnień dotyczących przedmiotu zamówienia udziela Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno- Administracyjnych – Główny Księgowy Mirosława Cieślak, tel. 052 58-26-205,
15. **Miejsce i termin składania ofert**
16. Oferty należy przesłać pocztą lub składać w sekretariacie SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy przy ul. Markwarta 4-6 do dnia **26.02.2019 r.** do godz. 13.30 w sekretariacie Dyrektora, pok. Nr 506, V piętro. Decyduje data i godzina wpływu do sekretariatu Udzielającego zamówienie.
17. Negocjacje warunków umowy prowadzone będą w dniach **26.02.2019 r.-27.02.2019 r.**
18. **Termin związania ofertą.**

Oferent związany będzie ofertą 30 dni od upływu terminu składania ofert.

1. **Miejsce i termin otwarcia ofert**
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **26.02.2019 r. o godz. 14.00** w siedzibie SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy, sala konferencyjna.
3. Udzielający zamówienie przewiduje negocjacje warunków umowy.
4. **Kryteria oceny ofert.**

Udzielający zamówienia przy ocenie ofert kierował się będzie następującym kryterium:

**CENA - za realizację świadczeń.**

1. **Rozstrzygniecie postępowania**
2. Przystępując do rozstrzygnięcia konkursu, komisja dokonuje kolejno następujących czynności:
3. stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
4. otwiera koperty z ofertami,
5. odczytuje nazwy firm / nazwiska oferentów które złożyły oferty,
6. ustala, które z ofert spełniają warunki określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
7. odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w szczegółowych warunkach konkursu ofert lub zgłoszone po wyznaczonym terminie,
8. ogłasza oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert, a które zostały odrzucone,
9. przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
10. komisja konkursowa może zobowiązać Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 5 dni od daty wezwania pod rygorem odrzucenia oferty,
11. wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
12. Komisja przewiduje negocjowanie złożonych ofert cenowych.
13. Komisja działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w pkt. 1, 2, 6.
14. **Wyniki konkursu**
15. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy.
16. Niezwłocznie po zatwierdzeniu komisja konkursowa zawiadamia na piśmie i/lub drogą elektroniczną wszystkich biorących udział w konkursie o zakończeniu i wynikach konkursu.
17. W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia konkursu, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu.
18. W ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku, oferent może złożyć do udzielającego zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
19. Dyrektor SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy rozpatruje odwołanie w ciągu 7 dni od daty złożenia. W trakcie rozpatrywania odwołania nie można zawrzeć umowy o zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym.
20. Konkurs umarza się, jeżeli postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty.
21. Zamawiający może unieważnić konkurs bez podania przyczyn.
22. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, udzielający zamówienia może ją przyjąć, jeżeli stwierdzi, że spełnia ona postawione wymagania.
23. **Zawarcie umowy**
24. Udzielający zamówienia zawrze umowę z wybranym oferentem w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu ofert na okres od 01.03.2019 r. do 31.12.2021 r.
25. Wzór umowy – stanowi załącznik numer 3.

**Ozn. postępowania 02/2019 załącznik nr 1 do**

**Regulaminu Konkursu**

**SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy**

**ul. Markwarta 4-6**

* 1. **B Y D G O S Z C Z**

# FORMULARZ OFERTOWY

**Oferent winien wypełnić formularz oferty odpowiedni do rodzaju świadczonych usług.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma / Imię i nazwisko** | |  |
| **Adres** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/mieszkania** |  |
| **REGON** | |  |
| **NIP** | |  |
| **Nr telefonu** | |  |
| **Adres e-mailowy** | |  |

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonego przez SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy na podstawie Art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

**O F E R U J Ę**

**1. Swoje usługi medyczne w :**

1. Pielęgniarka/położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w Oddziale / Izbie Przyjęć / / ZOL/ Przychodni………………………SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy ………..zł brutto za 1 godzinę realizowania świadczeń
2. Oświadczam, że:
3. Wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, etyki zawodowej z poszanowaniem praw pacjenta;
4. Kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Udzielający zamówienia zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia;
5. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, akceptuję wzór umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
6. Posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych
7. Jestem przeszkolona/y w zakresie bhp i p. poż.;
8. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2011 Nr 293, poz. 1729) i do załączenia jej do umowy najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
9. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia lekarskiego o objęciu profilaktyczną opieką zdrowotną.
10. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia do celów SE
11. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie EM ( jeśli dotyczy)
12. Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B.
13. **Do oferty załączam następujące załączniki**: (proszę wymienić wszystkie załączniki załączone do oferty – zgodnie ze stanem faktycznym)
14. Aktualny dokument dopuszczający Wykonawcę do obrotu prawnego (wyciąg z odpowiedniego rejestru sądowego lub wydruk wpisu z systemu CEIDG);
15. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą …………………………………
16. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (Kserokopia dyplomu, prawa wykonywania zawodu, dyplomów ……………………………);
17. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej OC lub zobowiązanie do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
18. Oferta zawiera …….. stron kolejno ponumerowanych i trwale połączonych.

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

(podpis osoby/osób upoważnionych wraz z jej/ich pieczątkami

Zapoznałem się z zapisami Ustawy " o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw" z dnia 27 października 2006 r.

**Ozn. postępowania 02/2019 załącznik nr 2 do**

**Regulaminu Konkursu**

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

pieczątka firmowa Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

**Oznaczenie postępowania 02/2019**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 297 § 1 K.k.,

**oświadczam**,

że dokumenty wymienione w rozdziale III Regulaminu konkursu, znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienie oraz, że dane w nich zawarte są aktualne.

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

Miejscowość i data

…..………………..………………

podpis i pieczęć Oferenta

**Ozn. postępowania 02/2019 załącznik nr 3a do**

**Regulaminu Konkursu**

**UMOWA**

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

zawarta w dniu …………………………………2017 r. w Bydgoszczy pomiędzy

SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy przy ul. Markwarta 4-6, 85-015 Bydgoszcz, zwanego dalej „**Udzielającym zamówienia**”, reprezentowaną przez:

**1. Dyrektora – Marka Lewandowskiego**

**2. Z-cę Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych – Główny Księgowy Mirosławę Cieślak**

a

**Pielęgniarkę/położną .........................**

zam. przy ul. ......................

prowadzącym w imieniu własnym działalność gospodarczą

pod nazwą…………………. ……………………

wpisaną w ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej

przez …………………………………… pod numerem ..................

**Nr REGON – ............ , Nr NIP .................**

zwanym w dalszej części **Przyjmującym zamówienie**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2011 Nr 293, poz. 1729).

W wyniku przeprowadzonego Konkursu nr **02/2019** o udzielenie zamówienia na realizację świadczeń zdrowotnych stosownie do przepisów art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 Nr 112, poz. 654.) zawarto umowę o następującej treści:

**§ 1**

Przedmiotem umowy jest realizacja zadań Udzielającego zamówienie w SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy w………………………………………………… przez Przyjmującego zamówienie : Pielęgniarkę/położną, na warunkach określonych w niniejszej umowie.

**§ 2**

1. Świadczenia zdrowotne udzielane będą zgodnie z ustalonym harmonogramem, w dni powszednie, soboty, niedziele, święta, dni ustawowo wolne od pracy .
2. Strony zastrzegają sobie prawo zmian uzgodnionego czasu w formie pisemnej.

**§ 3**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. Osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w niniejszej umowie oraz uzgodnienie i zapewnienie zastępstwa w okresie przerwy udzielania świadczeń ,
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia ciągłości pracy ……………………………………………………………………………..
3. Wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami wiedzy, uprawnieniami zawodowymi i umiejętnościami pielęgniarki/położnej z zachowaniem najwyższej staranności zawodowej,
4. Prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej zarówno co do sposobu, jak i jej zakresu - zgodnie z obowiązującymi przepisami na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
5. Znajomości i przestrzegania:
6. aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
7. przepisów określających prawa pacjenta,
8. przestrzegania zasad wynikających z Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, z orzecznictwa Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
9. Przestrzegania przepisów bhp, p. poż. i wszelkich regulaminów obowiązujących u Udzielającego zamówienie
10. Przyjmujący Zamówienie zapoznał się i zobowiązuje do przestrzegania czynności w ramach wdrożonej i ustanowionej polityki jakości, procedur i instrukcji systemu zarządzania jakością.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami prawa o militaryzacji SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy i przyjmuje do wiadomości fakt ,że współpracuje z Udzielającym Zamówienie , który podlega militaryzacji na wypadek ogłoszenia mobilizacji lub stanu wojny Państwa.
12. Samodzielnego opłacania i rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie społeczne oraz innych świadczeń (w tym rozliczeń z Urzędem Skarbowym) wynikających z obowiązujących przepisów, które Przyjmujący zamówienie pokrywa we własnym zakresie,
13. Samodzielnego dokonywania rozliczeń z przychodów osiąganych z niniejszej umowy zgodnie z przepisami dotyczącymi działalności gospodarczej i innymi przepisami obowiązującymi w tym zakresie.

**§ 4**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży ochronnej, spełniającej wymogi Polskich Norm.
2. Przyjmujący zamówienie pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej w należytym stanie.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do podpisania umowy na pranie odzieży ochronnej ( kopię zawartej umowy przedkłada Udzielającemu zamówienie ).
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego należącego do Udzielającego zamówienia , uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Przyjmującego Zamówienie

**§ 5**

1. Realizacja świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie odbywać się będzie przy zastosowaniu sprzętu, aparatury i innych środków medycznych Udzielającego zamówienie i udostępnianych Przyjmującemu zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie przy korzystaniu ze sprzętu i aparatury, o którym mowa w ust. 1 zobowiązany jest do zachowania najwyższej staranności i w taki sposób, by nie dopuścić do ich uszkodzenia, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w działaniu tego sprzętu i aparatury – Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić Udzielającego zamówienie.
3. Za szkody w majątku Udzielającego Zamówienie, Przyjmujący odpowiada do pełnej wysokości poniesionej szkody, jeśli powstała ona z przyczyny zawinionego działania lub zaniechania Przyjmującego Zamówienie.
4. Przyjmujący oświadcza, że świadczenia zdrowotne wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi podmiotami nie będą miały wpływu na ilość, jakość i terminowość świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

**§ 6**

Przyjmujący zamówienie nie może wykorzystywać w żadnym przypadku udostępnionego przez Udzielającego zamówienie sprzętu, aparatury oraz innych środków medycznych do udzielania innych, niż objętych niniejszą umową, świadczeń zdrowotnych.

**§ 7**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest poddać się kontroli Udzielającego zamówienie, jak również kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie spełniania wymagań określonych przez przepisy prawa i zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych z zakresu właściwego przedmiotu postępowania.
2. Kontrola obejmuje wykonywanie umowy, w szczególności:
   1. w zakresie oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
   2. sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   3. liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych,
   4. prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej,
   5. prowadzenie wymaganej sprawozdawczości,
   6. terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.

**§ 8**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wykonywania czynności zawodowych zgodnie ze specyfiką ………………………………………………………….., a w szczególności do:

1. Zapewnienia kompleksowej opieki pielęgniarskiej/położniczej nad pacjentami
2. do udzielenia pomocy w każdym przypadku zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (realizować świadczenia pielęgniarskie za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować)
3. Wykonywania zleceń lekarskich w tym podawania leków wyłącznie na pisemne zlecenia lekarza , z wyjątkiem sytuacji pilnych (np. reanimacji lub podobne sytuacje ratowania życie) kiedy dopuszcza się podanie leków na zalecenie ustne,
4. Dokumentowania i autoryzowania wszystkich dokumentów medycznych w części dotyczącej świadczeń pielęgniarskich/położnej
5. Dokładne , trzykrotne sprawdzanie leków przed podaniem pacjentowi
6. Wykonywania poleceń wydanych przez pielęgniarkę naczelną i/lub pielęgniarkę koordynująca
7. Zasięgania informacji u pielęgniarki naczelnej/oddziałowej/koordynującej, pielęgniarek specjalistek oraz u lekarzy na tematy budzące wątpliwości
8. Natychmiastowego powiadamiania lekarza i pielęgniarki naczelnej/oddziałowej/koordynującej w przypadku popełnienia pomyłki przy podawaniu leku, niemożności wykonania zlecenia lekarskiego , popełnienia błędu przy wykonywaniu zabiegu pielęgnacyjnego , wystąpienie niepokojących objawów u pacjenta.
9. Przejęcia dyżuru ( jeśli dotyczy )
10. Raportowania odbytego dyżuru w książce raportów pielęgniarskich /położnych
11. Przygotowania zapotrzebowania na leki i sprzęt medyczny potrzebny na kolejny dyżur ( jeśli dotyczy )
12. Nadzorowania personelu pomocniczego własnego SP WZOZ MSWiA oraz firm zewnętrznych
13. udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania -edukacji pacjentów w ramach posiadanych kompetencji
14. respektowania prawa pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
15. Wypisywania recept w ramach posiadanych uprawnień.
16. Udzielania świadczeń w stanie zagrożenia życia

**§ 9**

* 1. Za realizację na rzecz Udzielającego Zamówienie świadczeń zdrowotnych za dany okres obliczeniowy – miesiąc, Przyjmującemu Zamówienie przysługuje należność brutto stanowiąca sumę :
     + 1. Iloczynu ilości godzin realizacji w danym okresie rozliczeniowym – miesiącu świadczeń zdrowotnych i ceny w wysokości ……../ 1 godzinę ( stawka podstawowa ) realizacji świadczeń zdrowotnych w ordynacji dziennej, dyżurze medycznym przez pielęgniarkę/położną w …………………………………………………………………. SP WZOZ MSW i A w Bydgoszczy

i/lub

* + - 1. Iloczynu ilości godzin realizacji w danym okresie rozliczeniowym – miesiącu świadczeń zdrowotnych i ceny w wysokości ……../ 1 godzinę ( stawka dodatkowa ) realizacji świadczeń zdrowotnych w ……………………………………………………………………… ordynacji dziennej, i dyżurze medycznym przez pielęgniarkę ze specjalizacją /położną ze specjalizacją w ……………………………………………………………….. w SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy/innych komórkach SP WZOZ MSW i A w Bydgoszczy
  1. W przypadku dodatniego wyniku finansowego SP WZOZ MSWiA i posiadania wiedzy przez Udzielającego Zamówienie, że sytuacja finansowa zakładu na to pozwala, Przyjmującemu Zamówienie może zostać przyznana prowizja.
  2. Przyjmującemu Zamówienie w roku kalendarzowym przysługuje 21 dni nierealizowania świadczeń objętych umową bez prawa do należności za ten czas. ( *dotyczy ordynacji dziennej*)
  3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do poinformowania Udzielającego Zamówienie minimum 30 dni przed planowanym wykorzystaniem minimum 5 dni wolnych od nierealizowania świadczeń oraz uzyskania zgody Udzielającego Zamówienie.
  4. Przyjmującemu Zamówienie w roku kalendarzowym przysługuje 5 dni nierealizowania

świadczeń objętych umową z prawem do należności za ten czas na podnoszenie kwalifikacji. Warunkiem zapłaty należności jest dostarczenie certyfikatu uczestnictwa w szkoleniu w dniu za który ma przysługiwać Przyjmującemu Zamówienie należność.

* 1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poinformowania z wyprzedzeniem minimum trzydniowym Udzielającego zamówienie i uzyskanie jego zgody na nierealizowanie świadczeń zdrowotnych przez 4 i mniej dni .
  2. Udzielającemu Zamówienie przysługuje prawo kontroli w zakresie czasu realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w paragrafie 1 umowy.

**§ 10**

1. Należność z tytułu wykonywania umowy wypłacana będzie na podstawie rachunku/faktury wystawionego przez Przyjmującego zamówienie. Ilość zrealizowanych przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń potwierdzana jest przez upoważnionego przedstawiciela Udzielającego zamówienie.
2. Rachunek/faktura, o którym mowa w ust. 1, za miesiąc, za który ma zostać wypłacona należność, Przyjmujący zamówienie składa Udzielającemu zamówienie w terminie do 10 dnia następnego miesiąca.
3. Wypłata nastąpi do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczenie zostały zrealizowane , pod warunkiem poprawnie złożonego rachunku wraz z ewidencją terminów wykonywanych świadczeń przez Przyjmującego zamówienie, na wskazany przez niego rachunek bankowy.
4. Złożenie rachunku po terminie wskazanym w punkcie 2 może powodować wydłużenie terminu zapłaty o dni opóźnienia.
5. W przypadku, gdy Udzielający zamówienie stwierdzi nadpłatę lub gdy konieczne będzie zwrot odpowiedniej kwoty na podstawie innego tytułu pozostającego w związku z postanowieniami niniejszej umowy, przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na dokonanie potrącenia równowartości nadpłaty z najbliższej płatności z tytułu wykonania niniejszej umowy.

**§ 11**

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający zamówienie i Przyjmujący zamówienie.

**§ 12**

1. Przyjmujący zamówienie podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. W okolicznościach jak w ust. 1 Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na warunkach i zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2011 Nr 293, poz. 1729).
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa, w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym przedmiocie przepisami prawa.
4. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej stanowi załącznik do niniejszej umowy.
5. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do dostarczenia: orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych, zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie BHP, p.poż., ABI i innych wymaganych uprawnień do realizacji świadczeń będących przedmiotem umowy.

**§13**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu Zamówienie karę umowną w wysokości:
2. 20% średniego miesięcznego (za trzy ostatnie miesiące) zobowiązania względem Przyjmującego Zamówienie jakie wynika z umowy za każdorazowe nieuzasadnione odstąpienie od realizacji świadczeń objętych niniejsza umową,
3. 20% średniego miesięcznego (za trzy ostatnie miesiące) zobowiązania względem przyjmującego Zamówienie jakie wynika z umowy za każdorazowe ujawnienie treści niniejszej umowy osobom nieuprawnionym,
4. 20% średniego miesięcznego (za trzy ostatnie miesiące) zobowiązania względem przyjmującego Zamówienie jakie wynika z umowy za każdorazowe przedłożenie Udzielającemu Zamówienie danych i informacji będących podstawą do ustalenia wysokości należności z tytułu realizacji umowy niezgodnych ze stanem faktycznym,
5. 20% średniego miesięcznego (za trzy ostatnie miesiące) zobowiązania względem przyjmującego Zamówienie jakie wynika z umowy za nieprzestrzeganie ustalonego harmonogramu (np. za każdą nieobecność, nieobecność na części udzielania świadczeń).
6. 20% średniego miesięcznego (za trzy ostatnie miesiące) zobowiązania względem przyjmującego Zamówienie jakie wynika z umowy w przypadku rozwiązania umowy bez zachowania wypowiedzenia zgodnie z § 16 ust. 3 niniejszej umowy.
7. Udzielający Zamówienie zastrzega sobie możliwość odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody

**§ 14**

1. Umowa obowiązuje na czas określony **od ……………….r. do ………………….. r**.
2. Umowa nie obowiązuje jeśli udzielający zamówienia nie podpisze kontraktu z NFZ w zakresie objętym umową.

**§ 15**

Każda zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności. Zmiany umowy nie mogą wprowadzić postanowień niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia.

**§ 16**

1. Umowa może być rozwiązana za porozumieniem Stron w każdym czasie.
2. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za 3 – miesięcznym okresem wypowiedzenia, dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Umowa może być rozwiązana przez Udzielającego zamówienie bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienia:
4. nie wykonuje lub nienależycie wykonuje obowiązki wynikające z niniejszej umowy, przy czym za nienależyte wykonywanie obowiązków należy rozumieć w szczególności wadliwe ich wykonywanie, negatywna ocena merytoryczna udzielanych świadczeń, ograniczenie dostępności świadczeń i zawężenie ich zakresu oraz powtarzające się naruszenia regulaminu porządkowego obowiązującego u Udzielającego zamówienie,
5. dopuścił się rażącego naruszenia postanowień umowy,
6. został tymczasowo aresztowany na okres 1 miesiąca,
7. utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony przez organ uprawniony,
8. udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem środków odurzających,
9. nie zachował tajemnicy w zakresie warunków i treści niniejszej umowy,
10. nierzetelnego prowadzenia dokumentacji lub innej, której sporządzanie i prowadzenie wynika przepisów prawa i postanowień umowy.
11. Umowa może zostać rozwiązana przez przyjmującego zamówienie ze skutkiem natychmiastowym z przypadkach:
12. w wyniku przekroczenia terminu płatności należności, określonego w § 10 ust. 2 przez Udzielającego Zamówienie o co najmniej 30 dni w dwóch kolejnych płatnościach następujących po sobie,
13. w wyniku niemożności realizacji świadczeń określonych niniejszą umową z winy Udzielającego zamówienie przez okres co najmniej 40 dni następujących po sobie.

**§ 17**

Strony umowy zobowiązane są do zachowania tajemnicy w zakresie warunków i treści niniejszej umowy.

**§ 18**

W czasie trwania umowy, a także przez okres 3 lat od dnia jej rozwiązania lub wygaśnięcia, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w ścisłej tajemnicy informacji ekonomicznych, handlowych, organizacyjnych, technicznych i technologicznych Udzielającego zamówienie nie ujawnionych do informacji publicznej.

**§ 19**

1. Udzielający zamówienie informuje, że zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych administratorem Pani danych osobowych jest SP WZOZ MSW i A w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji niniejszej umowy i nie będą udostępniane innym podmiotom.
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
4. Zobowiązuje się Przyjmującego zamówienie w celu uzyskania stosownych upoważnieńdo udziału w szkoleniu w zakresie danych osobowych, szkoleniu wstępnym z bezpieczeństwa i higieny pracy oraz udzielania informacji w zakresie powszechnego obowiązku obrony(książeczka wojskowa).

**§ 20**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 Nr 112, poz. 654).

**§ 21**

Spory wynikające z niniejszej umowy rozpatrywać będzie sąd powszechny właściwy miejscowo dla Udzielającego zamówienie.

**§ 22**

Umowa niniejsza sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**Zał. nr 1 do umowy**

**Imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie:……………………………………………………..………….**

**Miesiąc realizacji świadczeń………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dzień miesiąca** | **Czas realizacji świadczeń**  **(od godziny do godziny)** | **Liczba godzin realizowania świadczeń** | **uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………… …………………………………….

Podpis przyjmującego zamówienie Zatwierdzam

(Podpis Udzielającego zamówienie)