

Znak sprawy: KJ.272/K/3/2022

Wykaz świadczeń medycznych – **formularz cenowy**.

W przypadku świadczenia usługi medycznej u Wykonawcy, odległość pomiędzy siedzibą Zamawiającego i miejscem świadczenia usług nie może być większa niż 30 km.

Usługi medyczne w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych.

L.p.	Rodzaj świadczenia dot. badań specjalistycznych	Ilość szacunkowa na 24 miesiące	Cena badania	Wartość
1.	Badanie histopatologiczne 1 wycinka (materiału operacyjnego)	4100		
2.	Badanie cytologiczne (dwa preparaty)	50		
3.	Badanie konsultacyjne rentgenowskie (histopatologiczne)	25		
4.	Barwienie immunohistochemiczne	1200		
5.	Barwienia specjalne	25		
6.	Odwapnianie	150		
7.	Inne (np. gotowość – jeżeli nie wymagane nie wypełniać)			
<b>RAZEM</b>				

Wymagane doświadczenie w ocenie preparatów w zakresie patomorfologii ortopedycznej min. 20 lat.

.....  
 Podpis i pieczęć osoby/osób  
 uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania  
 Przyjmującego Zamówienie

dp



Znak sprawy: KJ.272/K/3/2022

.....

Pieczęć firmowa Oferenta

Miejscowość ..... dnia .....

## FORMULARZ OFERTOWY

Oferta

dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej  
im. dr. Janusza Daaba  
w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie

### I. DANE OFERENTA:

Nazwa Oferenta .....

Siedziba Oferenta .....

NIP..... Regon .....

Tel. .... e-mail: .....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

.....

### II. TERMIN REALIZACJI:

Od daty zawarcia na okres 24 miesięcy.

### III. MIEJSCE WYKONYWANIA:

.....

### IV. CENA:

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia  
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/3/2022  
w zakresie zabezpieczenia świadczenia usług medycznych z zakresu badań  
histopatologicznych i cytologicznych za cenę łącznie (zgodnie z sumą z zał. nr 1 do SWK):

..... (słownie).....

w okresie obowiązywania umowy.

dp



Oświadczamy, iż przyjmujemy do wiadomości, że cena brutto oferty stanowi wartość pomocniczą do porównania ofert, maksymalną wartość umowy określa Zamawiający w treści umowy, ceny jednostkowe przyjęte do wyliczenia ceny brutto oferty stanowią podstawę rozliczeń między Stronami.

#### V. JAKOŚĆ:

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

L.p.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie zawodowe – ilość lat pracy specjalisty w zakresie objętym przedmiotem zamówienia	Rola w realizacji zadania
1.				
2.				
3.				
4.				

Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne .....

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

- Co najmniej 1 osoba z oceniających preparat/materiał będąca samodzielnym pracownikiem naukowym – 100 pkt
- Brak wśród osób oceniających preparat/materiał będących samodzielnym pracownikiem naukowym – 0 pkt

#### VI. KOMPLEKSOWOŚĆ:

Podwykonawstwo	Należy postawić znak X w odpowiedniej rubryce.	Jeżeli tak należy podać zakres i firmy podwykonawców
Wykonawca nie będzie korzystał z udziału podwykonawców		_____
Wykonawca będzie korzystał z udziału podwykonawców		

4p



Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

- Wszystkie wymagane badania wykonywane na miejscu w siedzibie Wykonawcy bez udziału Podwykonawców – 100 pkt
- Nie wszystkie wymagane badania wykonywane na miejscu bez udziału podwykonawców – 0 pkt

#### VII. DOSTĘPNOŚĆ (dot. świadczeń w siedzibie Wykonawcy):

W przypadku świadczenia usługi medycznej u Wykonawcy oświadczamy, że badania / konsultacje / oceny będą wykonywane w ..... (proszę podać adres) tj. odległość miejsca wykonywania badań od siedziby Zamawiającego (w km) wynosi .....

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium dostępność:

- Odległość siedziby Wykonawcy do 10 km od siedziby Zamawiającego:  
Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 100 pkt
- Siedziba Wykonawcy powyżej 11 km od siedziby Zamawiającego:  
Piekary Śląskie, ul. Bytomska 62 – 0 pkt

#### VIII. CIĄGŁOŚĆ:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych od – do
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium ciągłość:

- Dostępność badań w dni ustawowo wolne od pracy – 100 pkt
- Brak dostępności badań w dni ustawowo wolne od pracy – 0 pkt

#### IX. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:

1. Sposób przyjmowania zgłoszeń: .....



2. Przewidywany czas oczekiwania:

L.p.	Rodzaj świadczenia dot. badań specjalistycznych	Normalny	Cito
1.	Badanie histopatologiczne 1 wycinka (materiału operacyjnego)		
2.	Badanie cytologiczne (dwa preparaty)		
3.	Badanie konsultacyjne rentgenowskie (histopatologiczne)		
4.	Barwienie immunohistochemiczne		
5.	Barwienia specjalne		
6.	Odwapnianie		

3. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

.....

**X. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu rozpatrzenia mojej oferty oraz zawarcia ewentualnej umowy, w związku z niniejszym postępowaniem.\*\*

- \* rozporządzenie 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,
- \*\* w przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa.

**XI. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczamy, że zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców stanowimy\*:

- mikroprzedsiębiorstwo,
- przedsiębiorstwo małe,
- przedsiębiorstwo średnie,
- przedsiębiorstwo duże.

\*zakreślić właściwe

Ap



Powyższe oświadczenie wynika z Zalecenia Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącego definicji mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.

Ww. informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

- a) **Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.
- b) **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.
- c) **Średnie przedsiębiorstwa:** przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.
- d) **Duże przedsiębiorstwa:** przedsiębiorstwa nie ujęte powyżej, które zatrudniają więcej niż 250 osób i których roczny obrót przekracza 50 milionów EUR i/lub roczna suma bilansowa przekracza 43 milionów EUR.

*\*\* Pkt. III – XI należy wypełnić w razie potrzeby według wzoru powyższej – powielić tyle razy, do ilu pakietów oferent przystępuje.*

.....  
Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania  
Przyjmującego Zamówienie

4p



### OŚWIADCZENIA OFERENTA

- I. Przystępując do konkursu ofert na świadczenie usług medycznych z zakresu badań histopatologicznych i cytologicznych oświadczamy, że zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o w/w konkursie ofert oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu (SWK) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
- II. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.
- III. Oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w SWK i w ofercie wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego.
- IV. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczamy, że:
  1. wszystkie umowy zawarte z podmiotami leczniczymi w zakresie objętym przedmiotem zamówienia były i są realizowane przez .....
  - .....  
(nazwa Wykonawcy) należycie,
  2. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec .....
  - .....  
(nazwa Wykonawcy), skarg odnoszących się do realizacji umów z podmiotami leczniczymi.
- V. Oświadczamy, że w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, nie została rozwiązana z nami przez Oddział Wojewódzki Funduszu Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po mojej stronie.
- VI. Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- VII. Oświadczamy, że nie zalegamy w płaceniu podatków, opłat i składek na ubezpieczenie.
- VIII. Oświadczamy, iż akceptujemy wymagania Udzielającego Zamówienia określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu i przyjmując zamówienie zobowiązujemy się do ich spełnienia.
- IX. Oświadczamy, iż przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przez nas wykonywanych.

sp



- X. Oświadczamy, iż posiadamy pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli opinia taka jest dla takiego podmiotu wymagana.
- XI. Oświadczamy, że przyjęliśmy do wiadomości, iż administratorem danych osobowych zawartych w złożonej ofercie będzie Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie a także, że dane te przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń zdrowotnych a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom upoważnionych na podstawie przepisów prawa. Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści podanych danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu udziału w postępowaniu.

.....  
Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania  
Przyjmującego Zamówienie

JP



Znak sprawy: KJ.272/K/3/2022

**Umowa nr ... – projekt**  
**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

zawarta w dniu.....w Piekarach Śląskich pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, 41-940 Piekary Śląskie ul. Bytomska 62, wpisanym do KRS prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, Wydział X Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000046125, NIP: 498-01-07-015, REGON: 000868307,

zwanym w treści umowy „Udzielającym Zamówienia” reprezentowanym przez:

.....

a

.....

z siedzibą:.....

działającym w oparciu o:.....

który reprezentuje:

1. ....

NIP .....,

REGON .....,

zwanym w treści umowy „Przyjmującym Zamówienie”.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

**§ 1**

**Przedmiot umowy**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania histopatologicznych i cytologicznych**.
2. Przedmiot umowy został szczegółowo określony w ofercie Przyjmującego Zamówienie i szczegółowych warunkach konkursu (SWK), które są integralnymi częściami umowy i stanowią odpowiednio załącznik nr 1 i nr 2 do niej.
3. Określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń z zakresu **badania histopatologicznych i cytologicznych**, miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: **zgodnie z załącznikami**.
4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo realizowania usług w ilościach uzależnionych od rzeczywistych potrzeb, ilości świadczeń określone w załączniku nr 1 są szacunkowe.
5. Udzielający Zamówienia dopuszcza możliwość dokonania zmiany dotyczącej liczby udzielanych świadczeń w zakresie poszczególnych części – zmian ilościowych w poszczególnych zakresach.



Zmiana jest możliwa w przypadku przekroczenia maksymalnej liczby świadczeń jednej kategorii i niewykorzystania liczby świadczeń w innej. Zmiany mogą być dokonane wyłącznie do wykorzystania maksymalnej wartości umowy, tj. kwoty \_\_\_\_\_, nie dłużej niż do czasu, na który umowa została zawarta, tj. do dnia \_\_\_\_\_ r.

6. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje, że przedmiot i warunki realizacji niniejszej umowy są zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie.

## **§ 2**

### **Okres obowiązywania umowy**

1. Niniejsza umowa została zawarta na czas określony od dnia .....r. na okres 24 miesięcy.
2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych ustala się na dzień ..... .

## **§ 3**

### **Wynagrodzenie i warunki płatności**

1. Strony ustalają maksymalną wartość umowy na kwotę ..... zł.
2. Podstawę rozliczeń Stron stanowią ceny jednostkowe wynikające z oferty Przyjmującego Zamówienie, stanowiącej załącznik nr 1 do umowy.
3. Należne Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie miesięczne zostanie obliczone jako iloczyn stawek jednostkowych wynikających z załącznika nr 1 i ilości faktycznie zrealizowanych świadczeń.
4. Wypłata wynagrodzenia za wykonane usługi stanowiące przedmiot umowy, o którym mowa w ust. 3, nastąpi na podstawie wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie faktury po zakończeniu miesiąca kalendarzowego, w którym wykonano przedmiotową usługę.
5. Faktura winna być wystawiona w terminie do 7 dnia miesiąca następnego. Do faktury należy dołączyć miesięczne zestawienie wykonanych świadczeń zdrowotnych.
6. Wynagrodzenie wypłacone będzie do 21 dni licząc od daty otrzymania przez Udzielającego Zamówienia prawidłowo wystawionego oryginału faktury.
7. Za datę płatności uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.
8. Płatność nastąpi na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie wskazany na fakturze/ rachunku.
9. Wynagrodzenie nie podlega waloryzacji. Strony ustalają, że Szpital będzie zobowiązany do zapłaty Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenia w jego nominalnej wysokości, uwzględniającej kwotę podatku VAT obliczoną zgodnie z przepisami obowiązującymi w chwili wystawienia faktury VAT. W przypadku zmiany stawki podatku VAT po złożeniu oferty, cena brutto, jak również wartość brutto w poszczególnych pakietach nie mogą zostać zwiększone, wobec czego podwyższenie stawki podatku VAT spowoduje zmniejszenie wynagrodzenia netto Przyjmującego Zamówienie w stosunku do wynagrodzenia netto określonego w ofercie Przyjmującego Zamówienie, przy zachowaniu cen brutto, na co Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę. W takim przypadku zmniejszenie jednostkowych cen netto nastąpi z chwilą wejścia w życie odpowiedniego aktu prawnego, a Przyjmujący Zamówienie prześle aktualny formularz cenowy. Cena netto przedmiotu umowy, jak



również wartość netto nie mogą zostać zwiększone w trakcie trwania umowy, wobec czego obniżenie stawki podatku VAT skutkuje obniżeniem ceny brutto i wartości brutto umowy. W takim przypadku zmniejszenie jednostkowych cen brutto nastąpi z chwilą wejścia w życie odpowiedniego aktu prawnego.

10. Usługi objęte niniejszą umową stanowią usługi w rozumieniu art. 43 ust. 1 pkt. 18 i pkt. 18a ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

#### **§ 4**

##### **Warunki wykonywania przedmiotu umowy**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:
  - a) przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych przez niego wykonanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - b) Przyjmujący Zamówienie zapewnia realizację usług objętych zakresem konkursu (zgodnie ze złożoną ofertą),
  - c) personel Przyjmującego Zamówienie, który będzie przeprowadzał świadczenie usług posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do ich wykonywania,
  - d) Przyjmujący Zamówienie posiada odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewniające realizację świadczeń objętych przedmiotem umowy; aparatura i sprzęt medyczny winny być dopuszczone do użytkowania przy udzielaniu świadczeń medycznych (CE, aktualne, udokumentowane przeglądy) – w przypadku udzielania świadczeń w siedzibie Przyjmującego Zamówienie.
2. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi 4 osoby.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do posiadania obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy przez cały okres jej obowiązywania. Umowa ubezpieczenia musi być zgodna z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Z umowy ubezpieczeniowej lub polisy winno wynikać, że obejmuje ona także swoim zakresem usługi realizowane na rzecz innych podmiotów leczniczych przez Przyjmującego Zamówienie. W przypadku zmiany przepisów regulujących wysokość sumy ubezpieczenia, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek doubezpieczyć się zgodnie z aktualnymi przepisami. Przyjmujący Zamówienie przedłoży Udzielającemu Zamówienia stosowny dokument potwierdzający fakt zawarcia umowy ubezpieczenia OC (kopia polisy ubezpieczeniowej, dowód uiszczenia opłaty składki ubezpieczeniowej oraz oryginały do wglądu).
4. Po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w trakcie trwania niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do jej niezwłocznego przedłożenia, tj. w terminie nieprzekraczającym 3 dni roboczych.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.



6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
  - a) informowania Udzielającego Zamówienia o wszelkich czynnikach mogących negatywnie wpłynąć na realizację przedmiotu umowy, w szczególności na terminową bądź prawidłową realizację przedmiotu umowy, niezwłocznie po ich wystąpieniu,
  - b) udzielenia każdorazowo, na żądanie Udzielającego Zamówienia, pełnej informacji na temat stanu realizacji przedmiotu umowy; Udzielający Zamówienia ma prawo do oceny i kontroli realizacji przedmiotu umowy na każdym etapie; w przypadku zgłoszenia przez Udzielającego Zamówienia zastrzeżeń związanych z wykonywaniem przedmiotu umowy, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek skorygowania sposobu realizacji przedmiotu umowy bądź odniesienia się do wniesionych zastrzeżeń w terminie 7 dni od ich zgłoszenia,
  - c) zachowania w tajemnicy treści przekazanych mu dokumentów oraz informacji uzyskanych w związku z realizacją przedmiotu umowy, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami szczególnymi w zakresie działalności gospodarczej.
8. Udzielający Zamówienia zleca Przyjmującemu Zamówienie świadczenie usług, o których mowa w § 1 każdorazowo na podstawie skierowania opatrzonego pieczęcią nagłówkową Udzielającego Zamówienia, zawierającego:
  - a) rodzaj zleconego badania i termin jego wykonania (cito **[3 dni/ tk. miękkie]** lub w terminie do **10 dni/kości** w zależności od pakietu),
  - b) oznaczenie Udzielającego Zamówienia (nazwę podmiotu, adres podmiotu wraz z numerem telefonu, kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 104 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej, zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy,
  - c) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta na badanie,
  - d) dane pacjenta (imię, nazwisko, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania),
  - e) rodzaj badania,
  - f) rozpoznanie kliniczne, wyniki badań diagnostycznych (opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych) i inne informacje o pacjencie mogące mieć wpływ na wynik zleconego badania,
  - g) pieczęć i podpis lekarza wystawiającego skierowanie,
  - h) datę sporządzenia.
9. W przypadku braku skierowania, Przyjmujący Zamówienie odstępuje od wykonania przedmiotu umowy.



10. W przypadku zlecenia do wykonania badania Udzielający Zamówienia zobowiązany jest do wcześniejszego powiadomienia Przyjmującego Zamówienie o konieczności wykonania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy, pod numerem telefonu ..... Świadczenie winno być wykonywane w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od zgłoszenia.
11. Udzielający Zamówienia jest zobowiązany do zapewnienia transportu pacjenta skierowanego na badanie do siedziby Przyjmującego Zamówienie i z powrotem oraz opieki medycznej nad pacjentem stosownej do jego stanu zdrowia (w tym opieki po zakończeniu badania) – we własnym zakresie i na koszt własny.
12. Przyjmujący Zamówienie dostarcza wynik badania do siedziby Udzielającego Zamówienia na koszt własny niezwłocznie po wykonaniu konsultacji lub jeżeli Udzielający Zamówienia wyrazi zgodę na koszt Udzielającego Zamówienia. Transport wyników powinien odbywać się z użyciem środków uniemożliwiających wgląd przez osoby postronne – w tym kierowcę (np. zaklejona koperta).
13. Wszelkie dokumenty dostarczane przez Przyjmującego Zamówienie (w tym wyniki badań) powinny spełniać kryteria dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami (np. poprzez zastosowanie czcionki bezszeryfowej w rozmiarze min. 12 pkt, a na żądanie Udzielającego Zamówienia w formie elektronicznej umożliwiającej odczyt maszynowy zawartej treści – w formie zabezpieczonej przed przypadkowym odczytem osób nieuprawnionych).
14. W przypadku niemożności wykonania świadczeń medycznych przez Przyjmującego Zamówienie, winien on zapewnić wykonanie konsultacji przez inny podmiot spełniający warunki SWK przy zachowaniu cen zgodnie z niniejszą umową.
15. W przypadku wystąpienia problemów związanych z realizacją usług Przyjmujący Zamówienie winien niezwłocznie poinformować Udzielającego Zamówienia telefonicznie .....lub faxem.
16. Osobą odpowiedzialną za realizację umowy ze strony Przyjmującego Zamówienie jest ....., nr telefonu ..... , natomiast ze strony Udzielającego Zamówienia ..... , nr tel. ....
17. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy. W przypadku określonym w pkt. 12 Przyjmujący Zamówienie może skorzystać z podwykonawcy.
18. Przyjmujący Zamówienie raz w miesiącu przedstawi zestawienie miesięczne zrealizowanych świadczeń.

## **§ 5**

### **Kontrola**

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienie, a w szczególności:
  - a) sposobu i terminowości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich jakości,
  - b) właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej,
  - c) należytej realizacji przedmiotowej umowy.



2. Udzielający Zamówienia jest zobowiązany do przeprowadzenia kontroli w sposób niezakłócający wykonywanie przez Przyjmującego Zamówienie postanowień niniejszej umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie podda się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie w jakim na podstawie niniejszej umowy realizowane są świadczenia finansowane ze środków publicznych”.

## **§ 6**

### **Odpowiedzialność**

1. Odpowiedzialność za szkody powstałe przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową ponosi Przyjmujący Zamówienie.
2. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody i uszczerbki zdrowia pacjentów wynikające z:
  - a) wad sprzętu i aparatury medycznej oraz innych środków i wyrobów medycznych Przyjmującego Zamówienie służących do realizacji przedmiotu niniejszej umowy,
  - b) braku niezbędnych urządzeń technicznych, aparatury medycznej oraz innych środków i wyrobów medycznych niezbędnych do realizacji niniejszej umowy,
  - c) błędów w postępowaniu innych osób biorących udział w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową,
  - d) utrudnień w realizacji świadczeń wynikających z zawinionych wad organizacyjnych leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie.

## **§ 7**

### **Ochrona danych osobowych**

Strony umowy, jako odrębni Administratorzy danych osobowych pacjentów udostępnianych na podstawie art 26 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zobowiązują się do przestrzegania przepisów aktualnie obowiązującego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych osobowych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz aktualnie obowiązującej ustawy o ochronie danych osobowych w zakresie wykonywanych świadczeń, wynikających z zawartej umowy w szczególności do ochrony danych osobowych przetwarzanych w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych w zakresie dostępu do tych danych, zachowania ich w tajemnicy oraz nie wykorzystywania w innym celu.

## **§8**

### **Rozwiązanie, odstąpienie od umowy**

1. Każdej ze Stron przysługuje prawo rozwiązania niniejszej umowy z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od 1 dnia miesiąca po dniu złożenia wypowiedzenia. Rozwiązanie umowy w tym trybie nie wymaga uzasadnienia. Rozwiązanie



umowy zawartej na czas określony przed upływem terminu jej obowiązywania nie będzie rodziło odpowiedzialności odszkodowawczej Udzielającego Zamówienia, w tym m. in. z tytułu utraconych korzyści czy utraconego wynagrodzenia.

2. Przyjmujący Zamówienie ma prawo rozwiązania niniejszej umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia nie zapłaci za 2 kolejne okresy rozliczeniowe, przy czym Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do uprzedniego wezwania Udzielającego Zamówienia do zapłaty i wyznaczenia mu dodatkowego co najmniej 14 dniowego terminu.
3. Udzielający Zamówienia ma prawo rozwiązania niniejszej umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:
  - a) utraty przez Przyjmującego Zamówienie uprawnień do wykonywania świadczeń objętych umową,
  - b) zawieszenia lub zakończenia prowadzenia działalności,
  - c) nienależytego udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie lub ograniczenia ich zakresu albo naruszenia obowiązków w zakresie dokumentowania realizowanych świadczeń,
  - d) ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych,
  - e) rażącego naruszenia postanowień umowy,
  - f) naruszenia ciągłości świadczenia usług,
  - g) powzięcia przez Udzielającego Zamówienia potwierdzonej informacji o działaniach Przyjmującego Zamówienie, które mogą mieć charakter mobbingowy, dyskryminujący lub mogą być zakwalifikowane jako molestowanie seksualne w stosunku do pracowników lub usługodawców Udzielającego Zamówienia,
  - h) gdy Przyjmujący Zamówienie nie dostarczył po 2-krotnym wezwaniu aktualnych dokumentu niezbędnego do świadczenia usług będących przedmiotem niniejszej umowy, o którym mowa w § 4 ust. 4.
4. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na który została zawarta.
5. Umowa może zostać rozwiązana w drodze porozumienia Stron.
6. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.

## **§ 9**

### **Kary umowne**

1. W przypadku gdy, Przyjmujący Zamówienie odmawia wykonywania świadczeń zdrowotnych lub realizuje świadczenia niezgodnie z postanowieniami niniejszej umowy, Udzielający Zamówienia ma prawo rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym i obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną w wysokości 1/24 maksymalnej wartości zamówienia określonej w § 3 pkt 1.
2. Udzielający Zamówienia ma prawo obciążyć każdorazowo Przyjmującego Zamówienie karą umowną w wysokości 500 zł za zawinione:
  - a) nienależyte prowadzenie dokumentacji,
  - b) opóźnienia w deklarowanych w umowie terminach.
3. Strony uzgadniają, że naliczane przez Udzielającego Zamówienia kary umowne, mogą być potrącane z wynagrodzenia, na co Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę. W takim przypadku



Przyjmujący Zamówienie zostanie poinformowany pisemnie, a Udzielający Zamówienia wystawi notę księgową obciążeniową potwierdzającą dokonane potrącenie należności.

4. W przypadku braku możliwości zaspokojenia roszczeń z tytułu kar umownych na zasadach określonych w ust. 3 Udzielający Zamówienia wystawi notę księgową obciążeniową płatną do 14 dni od daty jej otrzymania przez Przyjmującego Zamówienie.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych w przypadku, gdy kwota kary umownej nie pokryje jego szkód, w tym utraconych korzyści.

## **§ 10**

### **Cesja praw i obowiązków**

Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, zgodnie z treścią art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, że czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Czynność prawna dokonana bez zgody, o której mowa powyżej, jest nieważna.

## **§ 11**

### **Postanowienia antykorupcyjne**

Przyjmującemu Zamówienie lub osobom wskazanym przez niego do wykonywania świadczeń nie wolno pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich bliskich z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

## **§12**

### **Postanowienia końcowe**

1. Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią nadzwyczajne okoliczności, których Strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu, będzie to podstawą do wystąpienia Stron o renegotjację warunków umowy lub skrócenia okresu jej obowiązywania w zakresie dopuszczającym w art. 27 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Załączniki do niniejszej umowy stanowią jej integralną część.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie znajdują zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego, 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.
5. Sądem właściwym dla rozpoznania sporów powstałych na tle realizacji niniejszej umowy jest sąd powszechny właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem jednego egzemplarza dla Przyjmującego Zamówienie i jednego dla Udzielającego Zamówienia.

**Udzielający Zamówienia**

**Przyjmujący Zamówienie**