**WARUNKI KONKURSU OFERT**

**Dyrektor**

**Wojewódzkiego Szpitala psychiatrycznego w Andrychowie**

**ul. Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów**

na podstawie art. 26 ust. 3 w związku z art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej* (tj.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn.zm.) ogłasza konkurs ofert na udzielenie zamówienia na **świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub w trakcie specjalizacji na oddziale psychiatrycznym oraz udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez lekarza
w ramach dyżuru medycznego w Izbie Przyjęć Szpitala i oddziałach psychiatrycznych.**

1. **Przedmiot konkursu ofert**

Przedmiotem konkursu ofert jest:

* Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w oddziale:

- psychiatrycznym.

* Udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach dyżuru medycznego w Izbie Przyjęć Szpitala i oddziałach szpitalnych.

W związku z art. 50a Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza
i lekarza dentysty*, do konkursu ofert nie mogą przystąpić lekarze wykonujący działalność leczniczą jako grupowa praktyka lekarska.

W przypadku złożenia oferty przez Oferenta, który będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą podmiotów trzecich, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie dopuszcza do składania ofert wyłącznie oferentów, którzy będą realizowali przedmiot konkursu za pomocą innych podmiotów leczniczych lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a Ustawy *o działalności leczniczej.*

1. W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Oferent zobowiązany będzie do:

1. pozostawania przez cały czas udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie.
2. podejmowania czynności niezbędnych dla zapewnienia należytej opieki medycznej osobom wymagającym udzielenia świadczeń zdrowotnych - zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa,
3. prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnie obowiązującymi w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie regulacjami wewnętrznymi oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
4. prowadzenie dokumentacji statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
5. bieżącego informowania Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o ważnych wydarzeniach, które miały miejsce podczas udzielania świadczeń zdrowotnych jak: zgon pacjenta, istotne pogorszenie się stanu zdrowia stwierdzone u pacjenta Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie, znaczne zniszczenie lub uszkodzenie mienia Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie.
6. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą realizowane zgodnie
z wymogami właściwych przepisów prawa, w szczególności Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285) oraz Zarządzenia **Nr 41/2018/**DSOZ **Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z późniejszymi zmianami**.
7. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych:

 Świadczenia zdrowotne będą udzielane w komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie, 34-120 Andrychów ul. Dąbrowskiego 19.

1. Oferent zapewni we własnym zakresie:

1) odzież ochronną,

2) aktualne szkolenia z zakresu BHP*,*

3) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami,

4) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją przedmiotu konkursu.

1. W celu realizacji przedmiotu konkursu Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie zapewni:
2. obsługę wykwalifikowanego personelu medycznego zgodnie z właściwymi przepisami prawa,
3. sprzęt i aparaturę medyczną,
4. obsługę administracyjną i gospodarczą,
5. niezbędne materiały medyczne i produkty lecznicze,
6. **Okres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert**
	* + 1. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych: **od dnia obowiązywania umowy 04.2021** r. – **31.12.2022** r.
			2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: 10.04.2021 r.
			3. Dni i godziny, w których będą realizowane świadczenia zdrowotne:

a)Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w oddziale:

- psychiatrycznym – szacunkowa ilość godzin 175 h miesięcznie od poniedziałku do piątku w godzinach zawierających się w przedziale od 700 - 1500

b)Udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach dyżuru medycznego w Izbie Przyjęć Szpitala i oddziałach szpitalnych w wymiarze maksymalnie 300 godzin miesięcznie od poniedziałku do piątku w godzinach 1430 do 700 dnia następnego, w soboty, niedziele oraz święta w godzinach 700 do 700 dnia następnego.

4.Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych – miejsca, dni i godzin zostanie ustalony w drodze obopólnego porozumienia pomiędzy Oferentem i Wojewódzkim Szpitalem Psychiatrycznym w Andrychowie wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do umowy.

1. **Informacje ogólne**

Wyjaśnienia dotyczące Warunków Konkursu Ofert (WKO) udzielane będą przez Udzielającego zamówienia na podstawie pisemnego wniosku otrzymanego od Oferenta.

W niniejszym postępowaniu wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.

Oferenci mogą składać pytania dotyczące konkursu ofert do dnia 08.04.2021 roku do godziny 10:00 na adres mailowy: szpital@szpital.info.pl lub w sekretariacie Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie.

Odpowiedzi na pytania skierowane przez Oferentów do Udzielającego zamówienia dotyczące konkursu ofert, Udzielający zamówienia będzie zamieszczał na swojej stronie internetowej: [www.szpital.info.pl](http://www.szpital.info.pl).

Oferent pozostaje związany złożoną ofertą przez **30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: [www.szpital.info.pl](http://www.szpital.info.pl)

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert.

Warunki Konkursu Ofert wraz z załącznikami (w tym projektem umowy) są dostępne
w Dziale Kadr i Organizacji Pracy – pokój A-309, w godzinach: 07:00-13:00, bądź dokumenty można pobrać ze strony internetowej www.szpital.info.pl

1. **Przygotowanie oferty**
	* + 1. Warunkiem przystąpienia do konkursu ofert jest złożenie oferty w formie pisemnej zgodnie z pobranymi materiałami konkursowymi.
			2. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, w sposób przejrzysty i czytelny oraz zawierać wszelkie wymagane dokumenty i oświadczenia.
			3. Wszystkie dokumenty tworzące ofertę powinny być ponumerowane i podpisane przez osobę upoważnioną.
			4. Ofertę składa się w miejscu i czasie określonym w Warunkach Konkursu Ofert.
			5. Konkurs ofert jest ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta spełniająca warunki konkursu ofert.
2. **Wskazanie dokumentów, które powinna zawierać Oferta**

Oferta powinna zawierać:

* + - 1. Formularz oferty podpisany przez Oferenta – załącznik nr 1 do WKO.
			2. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2 do WKO.
			3. Oświadczenie Oferenta o braku przeszkód do zawarcia umowy - załącznik nr 3 do WKO.
			4. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji
			i Informacji o Działalności Gospodarczej bądź innego właściwego rejestru.
			5. Parafowany projekt umowy stanowiący załącznik nr 4 do WKO.
			6. Kopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r.  *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2011 r., Nr 293, poz. 1729) lub oświadczenie o przekazaniu Udzielającemu zamówienie polisy na okres obowiązywania umowy w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy – zgodnie z załącznikiem nr 2 do WKO.
			7. Dyplom ukończenia studiów.
			8. Prawo wykonywania zawodu.
			9. Dyplom specjalizacji.
			10. Karta szkolenia specjalizacyjnego dla lekarza w trakcie specjalizacji.
			11. Kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do realizacji przedmiotu konkursu.
			12. W przypadku złożenia oferty przez Oferenta, który będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą innych podmiotów leczniczych bądź podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a Ustawy *o działalności leczniczej*, Udzielający zamówienia wymaga od Oferenta zawarcia w ofercie (poza dokumentami wskazanymi w pkt 1 - 6):

a) wykazu podmiotów, za pomocą których Oferent będzie realizował przedmiot konkursu - zgodnie z załącznikiem nr 5 do WKO,

b) dokumentów wskazanych w pkt 7-11 dotyczących każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, przy pomocy którego Oferent będzie realizował przedmiot konkursu,

c) polisy OC dotyczącego każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą przy pomocy którego Oferent będzie realizował przedmiot konkursu. W przypadku kiedy podmiot, przy pomocy którego Oferent będzie realizował przedmiot konkursu nie posiada polisy OC, Oferent winien złożyć oświadczenie, że zobowiązuje się dostarczyć polisę OC w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie – zgodnie z załącznikiem nr 2 do WKO,

d) aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji
i Informacji o Działalności Gospodarczej bądź innego właściwego rejestru dotyczącego każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej lub posiadającego status podmiotu leczniczego, przy pomocy którego oferent będzie realizował przedmiot konkursu.

1. **Kryterium i sposób oceny ofert**

Przy wyborze oferty Udzielający zamówienia będzie kierował się kryterium ceny brutto za jedną godzinę/punkt udzielania świadczeń zdrowotnych - **100% wagi**.

Liczba punktów za powyższe kryterium uzyskana przez Oferentów zostanie ustalona według poniższego wzoru:

 **C = [(CN/CX) x 100] x 100%**

gdzie:

C - liczba punktów za kryterium cena

CN - najniższa cena ofertowa spośród ważnych ofert

CX - cena ocenianej oferty

Oferta, której cena brutto za jedną godzinę/punkt udzielania świadczeń zdrowotnych będzie najniższa, uzyska maksymalną liczbę punktów za kryterium cena, tzn. 100.

Ilość punktów uzyskana przez Oferenta zostanie obliczona z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

1. **Miejsce i termin składania ofert**

Ofertę należy złożyć z zamkniętej kopercie z napisem: „**Konkurs – świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza”** oraz oznaczeniem nazwy i adresu Oferenta w Sekretariacie Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie, ul. Dąbrowskiego 19 pokój A-306 do dnia **08 kwietnia 2021** roku do godz. **10:00**.

1. **Miejsce i termin otwarcia ofert**

Otwarcie ofert nastąpi w Dziale Kadr i Organizacji Pracy Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie ul. Dąbrowskiego 19 pokój 309, dnia  **08 kwietnia 2021** roku o godz. **11:00**.

1. **Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami oraz udzielania wszelkich wyjaśnień związanych z konkursem ofert:**

- sprawach merytorycznych: lek. Łukasz Macięga 698 351 053 w godz. 11:00-12:00,

- w sprawach formalnych: Iwona Breczko tel. (33) 875-75-72 w godz. 08:00-10:00.

1. **Konkursu ofert zostanie rozstrzygnięty w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie w ciągu 7 dni od upływu terminu składania ofert.**
2. **Środki odwoławcze**

Umotywowane protesty i odwołania dotyczące konkursu ofert należy składać w formie pisemnej w Sekretariacie Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:*

* + - 1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu ofert, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest
			w terminie 7 roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
			2. Oferent może złożyć do kierownika Udzielającego zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dni jego otrzymania.
			3. W okresie od wniesienia do rozpatrzenia odwołania Udzielający zamówienia nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnej.
			4. W przypadku uwzględnienia odwołania, konieczne jest powtórzenie konkursu ofert.

 Udzielający zamówienia

26 marca 2021 roku

Załącznik nr 1 do WKO

**FORMULARZ OFERTY**

* 1. 1. Imię i nazwisko Oferenta:

…………………………………...................……………………………………………...

2. Nazwa, pod którą Oferent prowadzi działalność leczniczą:

…………………………………...................………………………………………………

* 1. 3. Adres Oferenta:

…………………………………...................………………………………………………

* 1. 4. Adres Oferenta do korespondencji (jeśli inny niż adres wskazany w pkt 3):

………………………………………………………………………………………………

* 1. 5. NIP: .......................................................................................................................
	2. 6. REGON: ...............................................................................................................

7. Numer telefonu kontaktowego do Oferenta: ……………………………………………

* 1. 8. Osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta w tym składania w jego imieniu oświadczeń woli:

………………………....................…….......................................................................................

9.Proponowana ilość godzin udzielania usług medycznych:

1)udzielanie świadczeń opieki lekarskiej na oddziale ………………………….– ilość godzin …………………………..

2)pełnienie medycznych dyżurów lekarskich w oddziałach szpitalnych oraz Izbie Przyjęć Szpitala - ilość godzin ……………………………………………………………………………

10.Proponowane ceny:

1)za realizację usługi – udzielanie świadczeń opieki lekarskiej na oddziale ……………………………– cena jednostkowa brutto …………………… zł za 1 godzinę.

2) za realizację usługi – pełnienia medycznych dyżurów lekarskich w oddziałach

szpitalnych oraz Izbie Przyjęć Szpitala - cena jednostkowa brutto …………………… zł za 1 godzinę.

11.Numer rachunku bankowego Oferenta, na który Udzielający zamówienia będzie dokonywał zapłaty wynagrodzenia w przypadku wyboru oferty złożonej przez Oferenta oraz podpisania umowy na świadczenia zdrowotne: …………………………………………………………………………………………………..

..……………………………………….

data i podpis Oferenta

Załącznik nr 2 do WKO

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że posiadam/podmioty, za pomocą których będę realizował przedmiot konkursu posiadają\* wszelkie wymagane prawem kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285) oraz Zarządzenia **Nr 41/2018/**DSOZ **Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z późniejszymi zmianami**.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy wskazanej w pkt 4 powyżejna okres:

od ……………………… do ……………………..

1. Oświadczam, że uważam się za związanego/-ną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.*

Oświadczam, że w przypadku wyboru złożonej przeze mnie oferty zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, na okres obowiązywania umowy wskazany w pkt 5 powyżej oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię polisy OC w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie\*.

1. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczam, że dane zawarte w dokumentach dołączonych do złożonej przez mnie oferty są aktualne na dzień składania ofert.

.………………………………

data i podpis Oferenta

*\*Niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 3 do WKO

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie/wobec osób, za pomocą których będę realizował przedmiot konkursu\* przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), uniemożliwiająca realizację umowy na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii i udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii\*

…………………………………..…….

 data i podpis Oferenta

\*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4 do WKO

**Umowa Nr ...../21**

**na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie …… lub lekarza**  **w trakcie specjalizacji w dziedzinie ……**

zawarta w dniu .................... 2021 roku w Andrychowie, pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Psychiatrycznym w Andrychowie ul. Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów, zarejestrowanym w KRS pod numerem: 0000015878, NIP: 551-21-23-091,REGON: 000805666, reprezentowanym przez:

Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Andrychowie

mgr inż. Piotra Kopijasz

zwanym dalej **„Udzielającym zamówienia”,**

a

......................................................, ..................................................................,

*(Imię i nazwisko/nazwa) (Adres zamieszkania/siedziba)*

NIP ......................, REGON ............................., KRS .........................................,

reprezentowanym przez: ….............................................

zwanym dalej **„Przyjmującym zamówienie”.**

Na podstawie przeprowadzonego postępowania konkursowego w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii i udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach dyżuru medycznego w Izbie Przyjęć Szpitala i oddziałach szpitalnych Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego
 w Andrychowie , zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Strony zawierają umowę o następującej treści:

**§ 1 Przedmiot umowy**

1.Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do świadczenia usług medycznych w zakresie psychiatrii i udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach dyżuru medycznego w Izbie Przyjęć Szpitala i oddziałach szpitalnych Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego Udzielającego zamówienia mieszczących się w Andrychowie przy ul. Dąbrowskiego 19, zwane dalej „świadczeniami zdrowotnymi”.

2.Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 niniejszej umowy, powinny być niezbędne, celowe, kompleksowe oraz nie powinny przekraczać granicy koniecznej potrzeby z uwzględnieniem w pierwszej kolejności uzasadnionego interesu pacjenta, zaś ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wystawianie skierowań musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że świadczenia zdrowotne będzie udzielał osobiście/świadczenia zdrowotne będą udzielane przez osoby wskazane w załączniku nr 1 do niniejszej umowy\*\*. O każdej zmianie osób udzielających świadczeń zdrowotnych na mocy niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany niezwłocznie, przed dokonaniem powyższej zmiany, powiadomić Udzielającego zamówienia w formie pisemnej pod rygorem nieważności oraz równocześnie z powiadomieniem przekazać Udzielającemu zamówienia kopie poniższych dokumentów, tj.:

1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do realizacji przedmiotu umowy,

2) dyplom ukończenia studiów,

3) prawo wykonywania zawodu,

4) dyplom specjalizacji,

5) kartę szkolenia specjalizacyjnego dla lekarza w trakcie specjalizacji,

6) polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866).*

 Zmiana, o której mowa w niniejszym punkcie nie wymaga aneksu do umowy.\*

4.W ramach realizacji niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany uczestniczyć w spotkaniach zespołu terapeutycznego komórki organizacyjnej Udzielającego zamówienia, w której będzie udzielał świadczeń zdrowotnych.

**§ 2 Obowiązki Udzielającego zamówienia**

* 1. W celu realizacji niniejszej umowy Udzielający zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu zamówienie:

1) obsługę wykwalifikowanego personelu medycznego zgodnie z właściwymi przepisami prawa,

2) sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z właściwymi przepisami prawa,

3) obsługę administracyjną i gospodarczą,

4) niezbędne materiały medyczne i produkty lecznicze,

* 1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się upoważnić Przyjmującego zamówienie/ każdą z osób, o których mowa w § 1 ust. 3 niniejszej umowy\*\* do przetwarzania danych osobowych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy. Upoważnienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy.

**§ 3 Obowiązki Przyjmującego zamówienie**

1.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa, w szczególności Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz Zarządzenia **Nr 41/2018/**DSOZ **Prezesa** **Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z późniejszymi zmianami**.

2. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy będą realizowane zgodnie z harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych – miejsca, dni i godzin zostanie ustalony w drodze obopólnego porozumienia pomiędzy Oferentem i Wojewódzkim Szpitalem Psychiatrycznym w Andrychowie wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do umowy.

3.Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada tytuł specjalisty w dziedzinie …………/wszystkie osoby wskazane przez Przyjmującego zamówienie w załączniku nr 5 do umowy posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie ……….., jest lekarzem w trakcie specjalizacji w dziedzinie …………..\*\*

4.W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący zamówienie/lekarze, którymi posługuje się Przyjmujący zamówienie przy jego realizacji\*, zobowiązany/ni jest/są w szczególności do:

1) pozostawania przez cały czas udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia,

2) rozpoczynania udzielania świadczeń zdrowotnych o ustalonej godzinie,

3) samodzielnego podejmowania czynności niezbędnych dla zapewnienia należytej opieki medycznej osobom wymagającym udzielenia świadczeń zdrowotnych, przy czym czynności te powinny być niezbędne, celowe, kompleksowe oraz nie powinny przekraczać granicy koniecznej potrzeby z uwzględnieniem w pierwszej kolejności uzasadnionego interesu pacjenta, zaś ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wystawianie skierowań musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,

4) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnie obowiązującymi w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie regulacjami wewnętrznymi oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,

5) prowadzenia dokumentacji statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

6) racjonalnego gospodarowania środkami wymienionymi w § 3 ust. 4 pkt 3 niniejszej umowy oraz dbania o udostępnione przez Udzielającego zamówienie pomieszczenia, sprzęt i aparaturę medyczną oraz podejmowanie działań mających na celu zabezpieczenie ich przed kradzieżą i zniszczeniem,

7) bieżącego informowania Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa o ważnych wydarzeniach, które miały miejsce podczas udzielania świadczeń zdrowotnych jak: zgon pacjenta, istotne pogorszenie się stanu zdrowia stwierdzone u pacjenta Udzielającego zamówienia, znaczne zniszczenie lub uszkodzenie mienia Udzielającego zamówienia.

5.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji niniejszej umowy z należytą starannością, z jak najlepszym wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej
i umiejętności zawodowych z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej lekarza.

6. W ramach realizacji niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do kierowania pacjentów Udzielającego zamówienia do innych podmiotów leczniczych celem udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego, jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta, zaś możliwości diagnostyczne i lecznicze Udzielającego zamówienia nie umożliwiają wykonania danego świadczenia zdrowotnego. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany kierować pacjentów Udzielającego zamówienia w pierwszej kolejności do podmiotów leczniczych, z którymi Udzielający zamówienia zawarł umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych danego rodzaju.

7. Przyjmujący zamówienie w celu realizacji niniejszej umowy jest zobowiązany zapewnić we własnym zakresie odzież ochronną, badania profilaktyczne, aktualne szkolenia
z zakresu BHP, ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją przedmiotu konkursu do niniejszej umowy.

8. W przypadku, kiedy osobista realizacja niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie nie będzie możliwa z przyczyn, których nie można było przewidzieć, tj. choroba, wypadek lub inne zdarzenie losowe, na Przyjmującym zamówienie będzie spoczywał obowiązek niezwłocznego pisemnego i telefonicznego powiadomienia o powyższym Udzielającego zamówienia na następujące numery kontaktowe: **33- 875-75-76, 33-875-75-72/52.**

9. W ramach realizacji niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie będzie korzystał z pieczątki Udzielającego zamówienia oraz e-recept bądź recept otrzymanych od Udzielającego zamówienia, które będzie wykorzystywał wyłącznie w celu realizacji niniejszej umowy.

10. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jest objęty ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową. Kopia polisy ubezpieczenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim stanowi załącznik nr 6 do niniejszej umowy. Ponadto Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się utrzymywać ubezpieczenie w zakresie, o którym mowa w zdaniu poprzednim przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy w przypadku wygaśnięcia poprzedniej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w trakcie obowiązywania niniejszej umowy. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przekazania Udzielającemu zamówienia kopii nowej polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień wygaśnięcia poprzedniej polisy. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienia kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC obejmującą okres obowiązywania niniejszej umowy, w terminie 7 dni od pnia podpisania niniejszej umowy\*\*.

11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada/wszystkie osoby, o których mowa w § 1 ust. 3 niniejszej umowy posiadają\*\* aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy, którego/-rych kopia/-pie stanowi/-wią załącznik nr 7 do niniejszej umowy. Ponadto Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się posiadać aktualne zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w zdaniu poprzednim przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię nowego zaświadczenia w przypadku, gdy w trakcie obowiązywania niniejszej umowy upłynął okres na jaki zostało wydane dotychczasowe zaświadczenie lekarskie. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przekazania Udzielającemu zamówienia kopii nowego zaświadczenia lekarskiego najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień upływu okresu na jaki zostało wydane poprzednie zaświadczenie.

12. Przyjmujący zamówieniezobowiązany jest do poddania się kontroli osobie wyznaczonej przez Udzielającego zamówienia w zakresie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych § 1 niniejszej umowy.

13.Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązującymi podmioty lecznicze zarówno co do sposobu, jak i zakresu, jak również zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

1. Przyjmujący zamówienie wyraża wolę poddania się kontroli Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach określonych w ustawie z dnia **27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15.12.2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu** i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umów zawartych pomiędzy Funduszem a Udzielającym Zamówienia w części wymagającej zapewnienia przez Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, jak również wyraża zgodę na podawanie ich przez Udzielającego zamówienia do wiadomości pacjentom, Narodowemu Funduszowi Zdrowia i ubezpieczycielom.
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany przestrzegać właściwych przepisów prawnych, BHP, przeciwpożarowych, oraz wewnętrznych regulaminów i zarządzeń wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego zamówienia, a związanych z przedmiotem niniejszej umowy, jak również współdziałać z Dyrekcją Udzielającego zamówienia przy wykonywaniu swoich obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
4. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany przestrzegać bezwzględnego zakazu przyjmowania zapłaty lub innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin bądź osób działających w imieniu lub na rzecz pacjentów z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Udzielającego zamówienia.

**§ 4 Okres udzielania świadczeń zdrowotnych**

Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez Przyjmującego zamówienie w okresie od ........................ 2021 roku do …………… 2022 roku.

**§ 5 Wynagrodzenie**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn ilości godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu i ceny brutto jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych.

 1)za realizację usługi – udzielanie świadczeń opieki lekarskiej na oddziale ………………

 cena jednostkowa brutto …………………… zł za 1 godzinę.\*

2) za realizację usługi – pełnienia medycznych dyżurów lekarskich w oddziałach szpitalnych oraz Izbie Przyjęć Szpitala - cena jednostkowa brutto …………………… zł za 1 godzinę.

1. Wynagrodzenie brutto należne Przyjmującemu zamówienie wskazane w ust. 1 obejmuje wszelkie koszty poniesione przez Przyjmującego zamówienie w związku z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy.
2. Udzielający zamówienia dokonuje zapłaty wynagrodzenia przysługującego Przyjmującemu zamówienie na podstawie miesięcznych faktur/rachunków wystawianych na koniec miesiąca kalendarzowego przez Przyjmującego zamówienie. W treści wystawionej faktury/rachunku Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest podać numer i datę niniejszej umowy oraz numer rachunku bankowego wskazany w ust. 4. Rozliczenia między stronami dokonywane będą w okresach miesięcznych w oparciu o wykaz ilości wypracowanych w danym miesiącu godzin, punktów, zatwierdzony pod względem wykonania przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa i stanowiący integralną część faktury/rachunku – załącznik nr 2 do umowy.
3. Udzielający zamówienia zobowiązuje się dokonać zapłaty wynagrodzenia za realizację przedmiotu niniejszej umowy w **terminie 10 dni** od daty otrzymania faktury/rachunku . Zapłata nastąpi w formie przelewu na następujący numer rachunku bankowego Przyjmującego zamówienie: ……………………………………………………………….
4. Niedopuszczalnym jest kumulowanie i przedstawianie do realizacji rachunków za więcej niż jeden okres rozliczeniowy (miesięczny) przyjęty w niniejszej umowie.
5. Za dzień zapłaty wynagrodzenia Strony przyjmują dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
6. W przypadku wystawienia faktury korygującej/rachunku korygującego Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się dostarczyć ją/go w terminie nieprzekraczającym 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia pomyłki.
7. W przypadku, kiedy Udzielający zamówienia będzie pozostawał w zwłoce z zapłatą wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie, Przyjmujący zamówienie będzie uprawniony do obciążenia Udzielającego zamówienia odsetkami ustawowymi.

**§ 6 Kary umowne**

* 1. W przypadku, kiedy Przyjmujący zamówienie nie dostarczy w ciągu **7 dni** od dnia podpisania niniejszej umowy kopii polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC, Udzielający zamówienia dokona wypowiedzenia umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia i nałoży na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości 500 zł (słownie: pięćset złotych 00/100)\*.
	2. W przypadku, kiedy Udzielający zamówienia wypowie umowę z powodu zaprzestania jej realizacji przez Przyjmującego zamówienie lub wykonywania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie w sposób naruszający jej postanowienia, Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną w wysokości 20% miesięcznego wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie za poprzedni miesiąc.
	3. W przypadku, kiedy Przyjmujący zamówienie zaprzestanie realizacji niniejszej umowy bądź będzie ją realizował w sposób naruszający jej postanowienia, Udzielający zamówienia może wezwać go odpowiednio do realizacji umowy lub zmiany sposobu wykonywania umowy i wyznaczyć mu w tym celu odpowiedni termin. Po bezskutecznym upływie terminu Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym oraz z konsekwencjami wskazanymi w ust. 2.
	4. Za każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie, który nie spowoduje wypowiedzenia umowy o którym mowa w ust. 2-3, Udzielający zamówienia może nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości 10% miesięcznego wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie za poprzedni miesiąc. Kary umowne, o których mowa w zdaniu poprzednim mogą się sumować. Kara umowna, o której mowa w niniejszym ustępie dotyczy w szczególności następujących przypadków:

1) nieusprawiedliwionego niewykonywania świadczeń zdrowotnych w czasie lub miejscu wskazanym w niniejszej umowie lub opóźnionego rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,

2) uniemożliwienia przeprowadzenia czynności kontrolnych przez Udzielającego zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne uprawnione podmioty,

3) naruszenia zakazu wskazanego w § 3 ust. 17 niniejszej umowy,

4) rażącego naruszenia zasad prowadzenia dokumentacji medycznej,

5) zobowiązania Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie § 28 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, do zwrotu nienależnych środków finansowych przekazanych Udzielającemu zamówienia wynikającego z niewykonania lub nienależytego wykonania niniejszej umowy przez Przyjmującego zamówienie.

* 1. W przypadku niewykonania lub wykonania niniejszej umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, skutkujących nałożeniem na Udzielającego zamówienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia kary umownej w wysokości wynikającej z § 30 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Udzielający zamówienia będzie uprawniony do nałożenia kary na Przyjmującego zamówienie w równowartości kary otrzymanej z MOW NFZ.
	2. Udzielający zamówienia ma prawo do potrącenia kar umownych określonych w niniejszej umowie z wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie.
	3. Udzielający zamówienia ma prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej na zasadach ogólnych.
	4. W przypadku nałożenia na Przyjmującego zamówienie kary umownej za pierwszy miesiąc obowiązywania niniejszej umowy, wysokość kary umownej zostanie obliczona w oparciu o kwotę stanowiącą iloczyn ceny za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych wskazaną w § 5 ust. 1 i ilości godzin udzielania świadczeń zdrowotnych zaplanowanych do wykonania przez Przyjmującego zamówienie w pierwszym miesiącu obowiązywania umowy.

**§ 7 Cesja wierzytelności**

Przyjmujący zamówienie nie dokona przeniesienia wierzytelności pieniężnych związanych z realizacją niniejszej umowy na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego zamówienia oraz nie dokona żadnych innych czynności w wyniku, których doszłoby do powstania zobowiązania Udzielającego zamówienia względem osoby trzeciej lub doszłoby do zmiany stron umowy. Ewentualna zgoda Udzielającego zamówienia na zmianę wierzyciela będzie uzależniona od wyrażenia zgody podmiotu tworzącego zgodnie z art. 54 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej*. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela dokonana z naruszeniem ww. zasad jest nieważna.

**§ 8 Ochrona danych osobowych**

Strony zobowiązują się do:

1) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy *o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji*,

2) zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonaniem czynności wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* - na zasadach wskazanych w Rozdziale 6 wskazanej ustawy,

3) przestrzegania przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. *w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1), w szczególności do ochrony danych osobowych przetwarzanych w celu: ochrony stanu zdrowia; wykonywania świadczeń zdrowotnych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub wykonywaniem innych świadczeń zdrowotnych; zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w zakresie dostępu do tych danych, zachowania ich w tajemnicy oraz nie wykorzystywania w innym celu,

- przez cały czas trwania niniejszej umowy jak również po jej zakończeniu.

**§ 9 Rozwiązanie oraz wypowiedzenie umowy**

Niniejsza umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

1. z upływem okresu wskazanego w § 4 niniejszej umowy,
2. wskutek oświadczenia jednej ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga Strona rażąco narusza istotne postanowienia niniejszej umowy, w szczególności:

- w stosunku do Przyjmującego zamówienie - gdy Przyjmujący zamówienie/lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego zamówienie został tymczasowo aresztowany na okres powyżej 1 miesiąca lub utracił prawo wykonywania zawodu lub został w tym prawie zawieszony przez organ uprawniony, lub zgłosił się do udzielania świadczeń zdrowotnych bądź udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwym, lub popełnił w czasie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych, jeżeli przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem, lub nie udokumentuje przed upływem okresu obowiązywania dotychczasowego ubezpieczenia podpisania umowy zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na dalszy okres udzielania świadczeń zdrowotnych,

- w stosunku do obu Stron - rozwiązania lub wygaśnięcia umowy pomiędzy Udzielającym zamówienia, a płatnikiem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,

3) wskutek oświadczenia jednej ze Stron z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynoszącego 1 miesiąc ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,

**§ 10 Polubowne rozwiązywanie sporów**

1. W razie ewentualnych sporów wynikłych na tle wykonania niniejszej umowy oraz jakichkolwiek rozbieżności lub roszczeń odnoszących się do niej lub z niej wynikających, Strony zobowiązują się do współdziałania celem ich ugodowego rozstrzygnięcia w drodze obopólnego porozumienia.
2. W przypadku niemożności dojścia do porozumienia w ciągu czternastu dni od dnia otrzymania przez Stronę pisemnego wezwania do ugody, spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

**§ 11 Postanowienia końcowe**

1. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszej umowy wymagają pod rygorem nieważności formy pisemnego aneksu podpisanego przez obydwie Strony.
2. Wszelkie oświadczenia Stron niniejszej umowy będą składane na piśmie pod rygorem nieważności listem poleconym, lub za potwierdzeniem ich złożenia, na następujące adresy Stron:

1) Udzielający zamówienia - ul. Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów

2) Przyjmujący zamówienie – …………………………………………. .

Wymóg, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie dotyczy kwestii, dla których Strony w umowie wskazały inną formę komunikacji.

1. W przypadku zmiany adresu wskazanego w ust. 2, Strona której zmiana dotyczy jest zobowiązania do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie drugiej Strony w formie pisemnej, pod rygorem uznania skuteczności doręczenia na ostatni adres wskazany przez Stronę.
2. Osobami sprawującymi nadzór nad realizacją niniejszej umowy są:
	1. ze strony Udzielającego zamówienia – Dyrektor, tel. (33) 875-75-76
	2. ze strony Przyjmującego zamówienie – ….............................
3. Załączniki do niniejszej umowy stanowią:
	* 1. Załącznik nr 1 – miesięczny harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych,
		2. Załącznik nr 2 – miesięczne wykonanie udzielania świadczeń zdrowotnych,
		3. Załącznik nr 3 – wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych,
		4. Załącznik nr 4 - oświadczenie o ochronie danych osobowych,
		5. Załącznik nr 5 – wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego zamówienie\*,
		6. Załącznik nr 6 – kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej Przyjmującego zamówienie,
		7. Załącznik nr 7 - kopia zaświadczenia lekarskiego/kopie zaświadczeń lekarskich\*\*,
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie znajdują zastosowanie właściwe przepisy prawa, w szczególności Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, oraz Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku *Kodeks cywilny*.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu umowy dla każdej ze Stron.

 **Udzielający zamówienia** **Przyjmujący zamówienie**

*\* Jeśli dotyczy*

*\*\* Niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 5 do Umowy nr -..../20 na świadczenie usług medycznych

**WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W IMIENIU**

**PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie zawodowe****(w latach i miesiącach)** | **Numer prawa wykonywania zawodu** | **Numer telefonu** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

………………………………………………………………….

data i podpis Przyjmującego zamówienie

Załącznik nr 3 do Umowy Nr-..../20 na świadczenie usług medycznych

**Upoważnienie nr**

**do przetwarzania danych osobowych**

* 1. Na podstawie art. 29 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1), w celu realizacji umowy Nr-...../19 na świadczenie usług medycznych w zakresie psychiatrii udzielane przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii zawartą w dniu …................. pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Psychiatrycznym w Andrychowie z …....................................................... upoważniam Panią/Pana …............................................................ do przetwarzania danych osobowych w celach związanych z realizacją powyższej umowy w systemie tradycyjnym (kartoteki, ewidencje, rejestry, spisy itp.) i informatycznym w czasie realizacji obowiązków wynikających z powyższej umowy.
	2. Identyfikator: …………………………………………………………

 (wypełnia się w przypadku, gdy dane przetwarzane są w systemie informatycznym)

* 1. Jednocześnie zobowiązuję Panią/Pana do zachowania w tajemnicy (również po ustaniu stosunku zatrudnienia) danych osobowych uzyskanych w trakcie dokonywania operacji związanych z ich przetwarzaniem oraz sposobów ich zabezpieczania.
	2. Niniejsze upoważnienie ważne jest od dnia ………….r. i wygasa z dniem rozwiązania umowy, a ponadto może być w każdym czasie zmienione lub odwołane.

………………………………. ……...…………………………….

 (Podpis upoważnionego) (Pieczątka i podpis Dyrektora Szpitala)

1.niniejsze upoważnienie zostało sporządzone w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, które otrzymują:

2. Osoba upoważniona.

3. Dział Kadr i Organizacji Pracy – do dokumentacji upoważnionego.

Załącznik nr 4 do Umowy Nr -…./20 na świadczenie usług medycznych

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

(miejscowość, data)

**Oświadczenie w sprawie zaznajomienia z przepisami**

**dotyczącymi ochrony danych osobowych**

1. Ja, niżej podpisana(y) **……………………………………………………………………** (imię i nazwisko)

jako lekarz udzielający świadczeń medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie, wiążącym się z wykonywaniem usług przy przetwarzaniu danych osobowych oświadczam, żezostałam (em) zaznajomiona (y) z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz obowiązującą w jednostce:

- polityką bezpieczeństwa w zakresie ochrony danych osobowych,

- instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych,

- instrukcją postępowania w sytuacji naruszenia systemu ochrony danych osobowych.

- regulaminem użytkowania komputerów przenośnych oraz zewnętrznych nośników dysku.

1. Zobowiązuje się:

- zachować w tajemnicy dane osobowe, do których mam dostęp w związku z zajmowanym stanowiskiem oraz sposoby ich zabezpieczenia,

- chronić dane osobowe przed dostępem do nich osób do tego nieupoważnionych.

 …………………………..

 (data i podpis upoważnionego)

- niniejsze oświadczenie zostało sporządzone w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, które otrzymują:

1. Osoba upoważniona

2. Dział Kadr i Organizacji Pracy – do dokumentacji.

3. a/a

Załącznik nr 5 do WKO

**WYKAZ PODMIOTÓW LECZNICZYCH, LEKARZY WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W FORMIE JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, LEKARZY BĘDĄCYCH PRACOWNIKAMI OFERENTA**

TABELA NR 1\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu leczniczego** | **Adres podmiotu** | **Lekarze za pomocą, których będzie realizowany przedmiot konkursu** |
| **Imię i nazwisko** | **Numer prawa wykonywania zawodu** | **Rodzaj stosunku prawnego wiążącego lekarza z podmiotem leczniczym****(np. umowa o pracę, umowa zlecenia)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Dotyczy przypadku, kiedy Oferent będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą innego podmiotu leczniczego

TABELA NR 2\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Numer prawa wykonywania zawodu** | **Rodzaj stosunku prawnego wiążącego lekarza z Oferentem****(np. umowa o pracę, umowa zlecenia)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………………….

 data i podpis Oferenta

\*\* Dotyczy przypadku, kiedy Oferent będzie realizował przedmiot konkursu za pomocą lekarzy będących jego pracownikami bądź wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej