



# SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
www.spwsz.szczecin.pl  
NIP: 851-25-37-954 REGON: 000290274  
Numer rejestrowy w BDO 000028674  
PEKAO S.A. 57 1240 6292 1111 0010 7358 3739



Szpital  
bez bólu

*Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Nr 01/2012 z dnia 09.01.2012r.*

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO) NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU

### NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

na rzecz pacjentów

Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.

Działając na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j.Dz. U. 2023.991 z późn. zm.) oraz przepisów art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1-5, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.Dz.U. 2020.1398 z późn. zm.), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie, jako Zamawiający, przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

#### I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**PRZEDMIOTEM KONKURSU JEST WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE  
NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ**

*CPV: 85100000-0 Usługi ochrony zdrowia, 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne, 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie, 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki*

#### II. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie  
ul. Arkońska 4  
71-455 Szczecin

Adres do korespondencji:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie  
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 2

strona internetowa: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl)

e-mail: [spwsz@spwsz.szczecin.pl](mailto:spwsz@spwsz.szczecin.pl); [witulska@spwsz.szczecin.pl](mailto:witulska@spwsz.szczecin.pl)

fax: 91 813 90 09

Ogłoszenie o konkursie zamieszczono na stronie internetowej [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl) i tablicy ogłoszeń SPWSZ.

**Lokalizacja:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

### III. TERMINY

Termin składania ofert: **04.04.2024 do godz. 10<sup>00</sup>**

Termin otwarcia ofert: **04.04.2024 godz. 12<sup>00</sup>**

Termin związania ofertą: **30 dni od upływu terminu złożenia oferty.**

### IV. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Udzielający zamówienia wymaga, aby świadczenia medyczne objęte ofertą były udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne posiadające kwalifikacje i uprawnienia, określone w odrębnych przepisach spełniających wymagania przewidziane przez NFZ,

Szczegółowy wykaz wymaganych parametrów granicznych znajduje się w **Załączniku nr 1** do niniejszych SWKO.

2. Sposób przygotowania oferty:
  - a) Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
  - b) Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
  - c) Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami, na formularzach ofertowych wg wzoru stanowiącego **Załączniki od nr 2 do nr 6** do niniejszych SWKO.
  - d) Oferta musi być podpisana (w przypadku wersji papierowej – podpisem własnoręcznym, zaś w przypadku oferty elektronicznej – kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym), a kserokopie potwierdzone z klauzulą „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” przez osobę (osoby) uprawnioną/uprawnione do występowania w imieniu oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.
  - e) Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem terminu składania ofert.
  - f) Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
  - g) Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane.
  - h) W przypadku składania oferty w formie papierowej wszystkie strony oferty powinny być spięte w sposób zapobiegający dekompletacji oferty.
  - i) Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
  - j) W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o udzielenie informacji niezbędnych do prawidłowego złożenia oferty.
  - k) Cena oferty musi być podana w PLN.

### V. WYMAGANE DOKUMENTY

Oferta w formie pisemnej powinna zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:

1. W przypadku przedsiębiorstw podmiotów leczniczych:
  - a) zaświadczenie o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, albo wypis z takiego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
  - b) kopię umowy spółki cywilnej lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki - w przypadku zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest spółka cywilna,
  - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania. Oferent może złożyć także

- inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
2. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej:
    - a) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, albo wypis z takiego rejestru,
    - b) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
    - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania. Oferent może złożyć także inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
  3. W przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą:
    - a) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
    - b) aktualny odpis Krajowego Rejestru Sądowego wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
    - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania. Oferent może złożyć także inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

## VI. KRYTERIUM I SPOSÓB WYBORU OFERTY

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany według kryteriów:

1/ cena - 80% (80pkt), gdzie sposób przyznania punktów zostanie obliczony w następujący sposób:

$$C = \frac{\text{najniższa cena}}{\text{cena w ofercie ocenianej}} \times 80\%$$

2/ jakość świadczeń- 5%

- posiadanie certyfikatów jakości w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ISO 9001) - (5pkt)

3/ kompleksowość – 5%

– zapewnienie dodatkowo lekarza pediatry do realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych– 5pkt

4/ dostępność świadczeń – 5 %

- zapewnienie dodatkowo co najmniej jednego lekarza do realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych– 5pkt

5/ ciągłość świadczeń – 5%

– zapewnienie świadczeniodawcy kontynuacji procesu leczenia – 5 pkt

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

## VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w dniach od 25.03.2024 do 04.04.2024 do godz. 10<sup>00</sup> (wyłącznie w dni powszednie)
  - a) w Kancelarii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie, ul. Broniewskiego 2, w zamkniętej kopercie, w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie, opatrzonej napisem:  
„Oferta konkursowa na świadczenie usług zdrowotnych dla SPWSZ w zakresie:  
.....  
(określić rodzaj postępowania)  
nie otwierać przed ..... godz. ....  
liczba stron .....  
(liczba zapisanych stron/kart umieszczonych w kopercie)”
  - b) w formie elektronicznej, na adres email: [spwsz@spwsz.szczecin.pl](mailto:spwsz@spwsz.szczecin.pl) z podaniem tytułu: „Oferta konkursowa na świadczenia usług zdrowotnych dla SPWSZ w zakresie .....”. Oferta musi być złożona w formie pliku „pdf” oraz podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Plik z ofertą powinien zostać zaszyfrowany, a hasło do otwarcia dokumentów przesłane na adres mail: [kancelaria@spwsz.szczecin.pl](mailto:kancelaria@spwsz.szczecin.pl)
3. Na swój wniosek Oferent składający ofertę w formie pisemnej, otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty.
4. Oferta przesłana pocztą/kurierem uznana będzie za złożoną w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do SPWSZ przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w dzienniku korespondencyjnym SPWSZ w Szczecinie.

## VIII. SPOSÓB DOKONYWANIA ZMIAN I WYCOFANIA OFERT

1. Oferent może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonych ofert na tych samych zasadach i w terminie określonym do składania ofert.
2. Wszelkie zmiany, o których mowa w punkcie poprzedzającym, muszą być złożone według takich samych zasad, jak złożona oferta, odpowiednio oznakowanych dopiskiem „ZMIANA OFERTY”.
3. Koperty oznaczone dopiskiem „ZMIANA OFERTY” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Oferenta, który wprowadził korekty i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian. Zmiany zostaną dołączone do oferty.
4. W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania ofert, koperty z dopiskiem „ZMIANA OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zwrócone Oferentowi bez otwierania.
5. Oferent ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania konkursowego poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad jak w przypadku wprowadzania zmian z dopiskiem na kopercie „WYCOFANIE OFERTY”.
6. Oferty wycofane nie będą otwierane i zostaną zniszczone komisyjnie.
7. W przypadku uchybienia terminowi określonemu do składania ofert, koperty lub pliki przesłane drogą elektroniczną z dopiskiem „WYCOFANIE OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zwrócone oferentowi.
8. Oferentowi składającemu ofertę odnośnie części/zakresu Ogłoszenia, przysługuje prawo do zmiany lub wycofania oferty w zakresie poszczególnych pozycji Ogłoszenia.

## IX. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH KONKURSU

1. Oferenci w zakresie Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert mogą zgłaszać pisemnie pytania za pośrednictwem poczty, składać osobiście w Kancelarii SPWSZ w Szczecinie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: [spwsz@spwsz.szczecin.pl](mailto:spwsz@spwsz.szczecin.pl); [witulska@spwsz.szczecin.pl](mailto:witulska@spwsz.szczecin.pl)
2. Wszelkie wyjaśnienia dotyczące Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert będą niezwłocznie umieszczone na stronie internetowej SPWSZ w Szczecinie: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl).

## X. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia postępowania konkursowego dla świadczenia określonego w Ogłoszeniu powoływana jest Komisja Konkursowa.
2. Dyrektor SPWSZ powołuje Komisję Konkursową w składzie co najmniej trzech członków i wyznacza spośród składu Przewodniczącego, który kieruje pracami Komisji.
3. Komisja podejmuje decyzje zwykłą większością głosów.
4. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu z udziału w pracach Komisji, gdy Oferentem jest:
  - a) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
  - b) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
  - c) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
  - d) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
  - e) pozostają z Oferentem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości, co do ich bezstronności.
5. Udzielający zamówienia w sytuacji, o której mowa w pkt. 4, dokonuje z urzędu lub na wniosek członka Komisji, Przewodniczącego i Oferenta, wyłączenia i powołuje nowego członka Komisji Konkursowej.

## XI. MIEJSCE I TERMIN ORAZ TRYB OTWARCIA OFERT

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie ogłaszającego w Szczecinie przy ul. Broniewskiego 2, pok.427 III piętro **w dniu 04.04.2024 o godz. 12<sup>00</sup>**.
2. Do chwili otwarcia ofert Ogłaszający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w części jawnej Konkursu.
4. Komisja konkursowa:
  - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert,
  - b) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana,
  - c) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
  - d) odrzuca oferty nie odpowiadające wymogom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert lub złożone po terminie,
  - e) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, a które zostały odrzucone,
  - f) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów,
  - g) Komisja Konkursowa może zobowiązać Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni pod rygorem odrzucenia oferty,
  - h) wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej.
5. Czynności, o których mowa w ust. 4 lit. c), d) i h), Komisja Konkursowa przeprowadza na

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax: 91 462 04 94

posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.

6. W trybie przewidzianym w ust. 4 lit. g) nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

## **XII. ROZSTRZYGNIECIE KONKURSU**

1. Kryteria wyboru ofert :

- a) cena – 80%
- b) jakość świadczeń – 5%
- c) kompleksowość świadczeń – 5%
- d) dostępność świadczeń – 5%
- e) ciągłość świadczeń – 5%

Wygrywa oferta z największą liczbą punktów, przy spełnieniu wymaganych parametrów granicznych.

2. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Dyrektorowi SPWSZ protokół z przebiegu konkursu wraz z umotywowanym wnioskiem o udzielenie zamówienia wybranemu Oferentowi .
3. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące, po zatwierdzeniu ich przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
4. Komisja konkursowa zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń SPWSZ w Szczecinie oraz na stronie internetowej: [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl), przez okres co najmniej 7 dni, począwszy od następnego dnia po zatwierdzeniu wyników przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
5. Odrzuca się ofertę:
  - a) złożoną przez Oferenta po terminie;
  - b) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - c) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty;
  - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
  - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
  - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie;
  - h) złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienie umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
6. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 5, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej jej brakiem.
7. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja konkursowa wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

## **XIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do ich składania.

## **XIV. ZASTRZEŻENIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunki

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax: 91 462 04 94

#### Konkursu Ofert.

3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Udzielający zamówienia może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania – Oferenta i Udzielającego zamówienia będą podlegały nowemu terminowi.
4. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie Oferentów poprzez stronę internetową [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl).
5. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę Oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
6. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
7. Umowa zostanie zawarta na okres od 1 maja 2024r do 30 kwietnia 2026r.
8. Umowa zawarta zostaje z chwilą podpisania jej przez obie strony. Wymaga ona formy pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zakazana jest zmiana postanowień zawartej umowy oraz wprowadzenie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
10. Wszystkie oświadczenia, wnioski oraz zawiadomienia Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.
11. Oferent nie może zaproponować za określone świadczenie ceny wyższej, jeżeli Udzielający zamówienia w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert określił cenę maksymalną (dotyczy to również wskaźnika procentowego).
12. Komisja Konkursowa odrzuci ofertę, jeżeli Oferent zaoferuje cenę wyższą niż cena, o której mowa w pkt. 11.
13. Oferty odrzucone, nieprzyjęte, a także w przypadku odwołania, uwzględniania protestu lub umorzenia części/zakresu postępowania konkursowego zostaną stosownie do odpowiedniej części/ zakresu komisyjnie zniszczone.
14. Komisja Konkursowa odrzuci ofertę Oferenta, z którym rozwiązana została w ciągu ostatnich 3 lat umowa z powodu nienależytego wykonania świadczeń.

#### XV. POSTANOWIENIA DODATKOWE

O udzielenie zamówienia nie mogą się ubiegać podmioty będące:

- a) obywatelem rosyjskim, osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji;
- b) osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
- c) osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem: obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji lub osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
- d) podmiotem/ podmiotami wymienionym/ wymienionymi w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022r. poz. 835).

O udzielenie zamówienia nie mogą ubiegać się podmioty, których podwykonawca lub podwykonawcy, dostawca lub dostawcy i podmiot lub podmioty, na których zdolności wykonawca polega, w przypadku, gdy przypada na nich 10% wartości zamówienia, należy lub należą do którejkolwiek z powyższych kategorii podmiotów.

W przypadku gdy Zamawiający uzna, że zaszła którakolwiek z okoliczności wskazanych powyżej Zamawiający odpowiednio do etapu postępowania odrzuci ofertę, a gdy nastąpi to po zawarciu umowy, rozwiąże umowę o wykonanie zamówienia w trybie natychmiastowym z winy Wykonawcy.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

## **XVI. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM**

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - a) wybór trybu postępowania;
  - b) niedokonanie wyboru oferenta;
  - c) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Udzielającego zamówienie.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora SPWSZ, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
10. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
11. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jej rozpatrzenia.

## **XVII. ZAWARCIE UMOWY**

1. Projekt Umowy stanowi **Załącznik nr 7** do niniejszych SKWO.
2. Umowa będzie zawarta na okres **od 01.05.2024 do 30 kwietnia 2026**
3. Oferent, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o miejscu i terminie podpisania umowy.
4. Jeżeli Oferent, który wygrał Konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

## **XVII. OFERTA POWINNA ZAWIERAĆ:**

1. **Stronę tytułową – zgodnie z Załącznikiem nr 2 do SKWO**
2. **Spis treści – zgodnie z Załącznikiem nr 3 do SKWO**
3. **Formularz oferty – zgodnie z Załącznikiem nr 4 do SKWO**
4. **Ofertę cenową – zgodnie z Załącznikiem nr 5 do SKWO**
5. **Dane oferenta – zgodnie z Załącznikiem nr 6 do SKWO**



**Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie.*

**Wymagane parametry graniczne:**

Lp.	Warunki graniczne
1.	Zespół realizujący świadczenia w warunkach ambulatoryjnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – minimum 1 lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu i minimum 1 pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu
2.	Zespół realizujący świadczenia w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – minimum 1 lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu i minimum 1 pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu
3.	Zapewnienie transportu celem realizacji wizyt lekarskich i pielęgniarskich w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy
4.	Zapewnienie wyposażenia niezbędnego do realizacji wyjazdowych wizyt lekarskich i pielęgniarskich w postaci: torba lekarska z wyposażeniem niezbędnym do udzielania świadczeń domowych i neseser pielęgniarski z wyposażeniem niezbędnym do udzielania świadczeń domowych, stetoskop

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

**Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

**OFERTA**

Postępowanie .....  
(wpisać przedmiot postępowania)

.....

Oferent: .....  
(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....

Oferta zawiera ..... kolejno ponumerowanych stron.

.....  
(podpis i pieczętka oferenta)

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

**Załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

Wzór spisu treści

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie .....  
*(wpisać przedmiot postępowania oferty)*

.....

**Spis treści:**

Nr strony (od - do)

1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....

Oferent: .....  
*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

.....

.....  
*(podpis i pieczętka Oferenta)*

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

**Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*  
*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

**FORMULARZ OFERTY**

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na.....  
.....  
.....

*(wpisać przedmiot postępowania)*

- ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4 oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że posiadamy przeszkolony i wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantujący wykonanie usługi z należytą starannością.
6. Oświadczam, że spełniam wymagane parametry graniczne, określone w załączniku Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
7. Oświadczam, że posiadamy odpowiedni sprzęt oraz pozwolenia w zakresie wykonywania przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
8. Oświadczam, że:
  - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
  - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
  - c) akceptuję projekt umowy, i zapisy w nim zawarte;
  - d) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
9. Oświadczam, że:
  - a) nie jestem obywatelem rosyjskim, osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji;
  - b) nie jestem osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
  - c) nie jestem osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem: obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji lub osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

- d) nie jestem podmiotem/ podmiotami wymienionym/ wymienionymi w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022r. poz. 835);
- e) podwykonawca lub podwykonawcy, dostawca lub dostawcy i podmiot lub podmioty, na których zdolności wykonawca polega, w przypadku, gdy przypada na nich 10% wartości zamówienia, nie należy lub nie należą do którejkolwiek z powyższych kategorii podmiotów.\*
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Oświadczam, że oferta składa się z .....ponumerowanych stron.

\*Jeśli dotyczy

.....  
(podpis i pieczętka oferenta)

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

**Załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

## Wzór oferty

(Pełna nazwa Oferenta)

Postępowanie .....  
(wpisać przedmiot postępowania)

.....

## Oferta

Zobowiązuję się do wykonywania

usług .....

..... na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w

Szczecinie przy ul. Arkońskiej za cenę..... miesięcznie, czyli .....

w całym okresie obowiązywania umowy.

Jednocześnie oświadczam, że spełniam warunki jak niżej:

L.p.	Kryteria wyboru	Potwierdzenie spełnienia kryteriów <i>zakreślić TAK lub NIE</i>
1.	posiadanie certyfikatów jakości w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ISO 9001) – jakość świadczeń	TAK / NIE
2.	zapewnienie dodatkowo lekarza pediatry do realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych – kompleksowość świadczeń	TAK / NIE
3.	zapewnienie dodatkowo co najmniej jednego lekarza do realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych – dostępność świadczeń	TAK / NIE
4.	zapewnienie świadczeniobiorcy kontynuacji procesu leczenia – ciągłość świadczeń	TAK / NIE

.....  
(podpis i pieczętka oferenta)

**Lokalizacja:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

**Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*  
*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**Wzór danych o Oferencie**

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie .....  
(wpisać przedmiot postępowania)

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa oferenta - numer wpisu do właściwego rejestru, numer wpisu do właściwego rejestru ZOZ (KRS, ewidencja działalności gospodarczej).

.....  
2. Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy....., miejscowość.....

Telefon....., fax.....

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

Nazwa banku, nr rachunku .....

Wymagane dokumenty:

Kserokopia wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz odpis aktualnych rejestrów (KRS, ewidencji o działalności gospodarczej) potwierdzający, że profil działania Oferenta odpowiada profilowi usług objętych niniejszym konkursem.

.....  
(Podpis i pieczętka Oferenta)

**Lokalizacja:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

**Załącznik nr 7 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie*

UMOWA Nr...../.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA  
W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

zawarta w Szczecinie dnia ..... roku, pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym w Szczecinie** z siedzibą w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4, zarejestrowanym w Sądzi Rejonowym Szczecin – Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000003593, NIP 851253954, zwanym dalej **„Udzielającym Zamówienie”**, reprezentowanym przez Dyrektora – Małgorzatę Usielską,

a

.....

zwanym dalej **„Przyjmującym Zamówienie”**, reprezentowanym przez

.....

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**

1. Przedmiotem umowy są świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie usług lekarskich i pielęgniarskich w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwanych dalej „świadczeniami” udzielane przez Przyjmującego Zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń gwarantowanych określonych w:
  - a) rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 24 września 2013r (t.j. Dz.U z 2021 poz.540) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
  - b) rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”,

**Lokalizacja:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax: 91 462 04 94



- c) zarządzeniu Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

## **ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§ 2.**

1. Świadczenia udzielane są wyłącznie przez osoby wskazane w załączniku nr 1 do niniejszej umowy. Zmiana Załącznika nr 1 następuje w drodze aneksu do niniejszej umowy, zawartego na 7 dni przed wejściem w życie.
2. W celu realizacji przedmiotu umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapewnić obsadę w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych w ilości co najmniej jednego lekarza i jednej pielęgniarki na jednym dyżurze oraz w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy w ilości co najmniej jednego lekarza i jednej pielęgniarki na jednym dyżurze .
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 08:00 dnia następnego oraz całodobowej w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w siedzibie Udzielającego Zamówienie oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
4. Osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń, opieki wyjazdowej to pacjenci z obszaru dzielnic: Osów, Głębokie-Pilchowo, Arkońskie-Niemierzyn, Zawadzkiego-Klonowica, Krzekowo-Bezrzecze, Gumieńce, Bukowo, Warszewo, przy czym kwalifikacji do wizyty w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta dokonuje lekarz Przyjmującego Zamówienie.
5. W przypadku, gdy lekarz Przyjmującego Zamówienie w trakcie wizyty domowej stwierdzi, że pacjent wymaga hospitalizacji, zobowiązany jest do udzielenia pomocy i zabezpieczenia pacjenta do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.
6. Dokumentacja medyczna sporządzana przez Przyjmującego Zamówienie przechowywana jest w siedzibie Udzielającego Zamówienie .
7. Przyjmujący Zamówienie korzystać będzie z linii telefonicznej oraz aparatów telefonicznych Udzielającego Zamówienie.
8. Niedopuszczalne jest obciążanie pacjenta lub bliskich pacjenta koniecznością uiszczenia jakichkolwiek opłat w związku z udzielaniem świadczeń.

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

9. W przypadku wizyty poza siedzibą Udzielającego Zamówienie zarówno lekarz jak i pielęgniarka zobowiązani są do sprawdzenia tożsamości pacjenta i jej zgodności z danymi przekazanymi przy zgłoszeniu telefonicznym.
10. Świadczenia wykonywane będą w pomieszczeniach oraz z wykorzystaniem jednostek sprzętowych, w szczególności sprzętu, urządzeń, aparatury oraz wyposażenia stanowiących własność lub będących w posiadaniu Udzielającego Zamówienie, spełniających wszelkie wymagania wyznaczone przepisami prawa wskazanymi w § 1 ust. 2.

### **OBOWIĄZKI STRON**

#### **§ 3.**

1. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 1 ust. 1 niniejszej umowy będą wykonywane na podstawie harmonogramu pracy personelu ustalonego przez Przyjmującego Zamówienie, który dostarczany jest Udzielającemu Zamówienie najpóźniej 5 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca.
2. Zabrania się personelowi Przyjmującemu Zamówienie w trakcie dyżuru lub wykonywania obowiązków na podstawie niniejszej umowy, realizacji świadczeń zdrowotnych na zlecenie innego podmiotu niż Udzielający Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie nadzoruje prawidłowe wykonywanie pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego wg ustalonego harmonogramu pracy. W tym celu Przyjmujący Zamówienie prowadzić będzie listy obecności.
4. W celu realizacji świadczeń poza siedzibą Udzielającego zamówienie, Przyjmujący Zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zapewni torbę wyjazdowa lekarską i pielęgniarską oraz transport (w razie potrzeby również kierowcę) dla personelu lekarskiego lub pielęgniarskiego.
5. Udzielający Zamówienie jest zobowiązany utrzymywać pomieszczenia i wyposażenie, o których mowa w §2 ust. 10 w stanie zdatnym do wykonywania przedmiotu umowy. Przyjmujący Zamówienie nie ponosi odpowiedzialności w razie braku możliwości wykonania przedmiotu umowy, związanego z brakiem wywiązania się z obowiązku o którym mowa powyżej.
6. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za powierzone mienie w zakresie w jakim przyczynił się do powstałych zniszczeń.

**Lokalizacja:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax: 91 462 04 94

7. Udzielający Zamówienie ponosi odpowiedzialność za udostępnianie i przechowywanie dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z realizacją niniejszej umowy.
8. Udzielający Zamówienie ponosi powstałe w wyniku realizacji przedmiotu umowy koszty eksploatacyjne pomieszczeń, urządzeń i wyposażenia oraz zaopatrzy Przyjmującego Zamówienie w leki i środki dezynfekcyjne.
9. W celu realizacji przedmiotu umowy Udzielający Zamówienie zapewni lekarzom Przyjmującemu Zamówienie dostęp do systemu pozwalającego wystawiać zaświadczenia lekarskie w formie elektronicznej (e-ZLA) oraz recepty. W przypadku świadczeń udzielanych poza siedzibą, Udzielający Zamówienie zobowiązuje się wygenerować i wydrukować z systemu druki recept dla Przyjmującego Zamówienie.
10. Udzielający Zamówienie zobowiązany jest do rejestrowania i archiwizowania rozmów telefonicznych prowadzonych przez personel Przyjmującego Zamówienie w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy. Nośniki zawierające zarejestrowane rozmowy archiwizowane są przez okres nie krótszy niż jeden rok.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym dokumentację medyczną indywidualną dla każdego pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa dotyczącymi dokumentacji medycznej, która zawiera w szczególności:
  - a. dane osobowe świadczeniobiorcy, tj. imię, nazwisko, adres zamieszkania, oznaczenie płci, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku noworodka – numer PESEL matki, zaś w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
  - b. 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;
  - c. przyczynę zgłoszenia;
  - d. informacje o odmowie realizacji zgłoszenia wraz z podaniem uzasadnienia dokonanej odmowy;
  - e. datę i godzinę wyjazdu oraz godzinę powrotu osoby udzielającej świadczenia;
  - f. informacje dotyczące udzielonego świadczenia zdrowotnego, w tym:
    - i. opis stanu zdrowia pacjenta, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu – ze wskazaniem symbolu zgodnie z klasyfikacją ICD-10,

- ii. wydane pacjentowi zalecenia, skierowania, recepty na leki, zaświadczenie, inne dokumenty związane z udzielonym świadczeniem,
- iii. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu);
- g. datę sporządzenia.

## **UBEZPIECZENIE**

### **§ 4.**

Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej.

## **INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ STRONY I KONTROLA**

### **§ 5.**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przekazywania Udzielającemu Zamówienie sprawozdania rozliczeniowego za dany miesiąc podlegający rozliczeniu w ramach umowy, na podstawie prowadzonej dokumentacji w terminie do 5 dnia następnego miesiąca.
2. W przypadku błędnie wykazanych świadczeń, o których mowa w ust. 1 Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ich weryfikacji w terminie do 7 dni od dnia otrzymania powiadomienia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się na bieżąco informować Udzielającego Zamówienie o okolicznościach uniemożliwiających prawidłową realizację niniejszej umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia zwany dalej „Funduszem” lub Udzielającemu Zamówienie w zakresie realizacji przedmiotu niniejszej umowy.

## **WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§ 6.**

**Lokalizacja:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

1. Z tytułu wykonania umowy, Udzielający Zamówienie zobowiązuje się zapłacić Przyjmującemu Zamówienie miesięczne wynagrodzenie w wysokości ..... zł brutto (słownie .....brutto).
2. Zapłata wynagrodzenia nastąpi z dołu nie później niż do 20 dnia kolejnego miesiąca za miesiąc poprzedni, na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do doręczenia Udzielającemu Zamówienie faktury do 5 dnia miesiąca w którym ma nastąpić płatność.
3. W razie wzrostu stawki bazowej lub ceny porady lekarskiej, o których mowa w § 12 ust. 8 Zarządzenia Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie ulegnie zwiększeniu o kwotę odpowiadającą 50% wzrostu wartości stawki bazowej wskazanej w ust. 1, począwszy od miesiąca następującego po wejściu w życie stawki bazowej lub ceny porady lekarskiej w nowej wysokości. Wyłączeniu ze wzrostu stawki bazowej określonej w zdaniu pierwszym podlegają środki celowe przekazywane przez Fundusz lub następcę na wynagrodzenia lub inne zadania zlecane.
4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio w razie wydania przez Prezesa Funduszu zarządzenia zastępującego zarządzenie, o którym mowa w ust. 3.
5. Zmiana wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 wymaga formy pisemnej w postaci aneksu do umowy.
6. Faktury z tytułu realizacji umowy Przyjmujący Zamówienie dostarcza Udzielającemu Zamówienie w formie papierowej.

## **PRZEDSTAWICIELE**

### **§ 7.**

1. Przedstawicielem ze strony Udzielającego Zamówienie jest  
Koordynator..... tel. ....
2. Przedstawicielem ze strony Przyjmującego Zamówienie  
jest..... tel. ....

## **KARY UMOWNE**

**Lokalizacja:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94



4. W sprawach dotyczących przesłanek i trybu rozwiązania umowy bez wypowiedzenia przez Udzielającego Zamówienie, które nie zostały określone w niniejszej umowie oraz z w sprawach wygaśnięcia niniejszej umowy odpowiednie zastosowanie mają Ogólne warunki umów.

## ZMIANY UMOWY

### § 9.

1. Strony mogą dokonać zmian za porozumieniem stron w przypadku zmian umowy zawartej pomiędzy Funduszem a Udzielającym Zamówienie wpływających na organizację świadczeń.
2. Strony mogą dokonać zmian za porozumieniem stron w przypadku zaistnienia innych okoliczności, o których wcześniej obie strony nie mogły mieć wiedzy.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 10.

1. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Udzielającego Zamówienie.
2. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy.
3. Zmiana umowy wymaga formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
4. Załącznik Nr 1 do umowy stanowi jej integralną część.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienie**

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94

Załącznik nr 1 do umowy nr ...../.....

<b>Ip.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>	<b>PESEL</b>

**Lokalizacje:**

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4  
Centrala: 91 813 90 00  
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11  
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13  
Fax. 91 462 04 94