



## 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.*

### SZCZEGÓLNE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO) NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**PRZEDMIOTEM KONKURSU JEST WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:**

1. rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dla pacjentów Udzielającego  
Zamówienie objętych leczeniem kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego.

**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:**

1. rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych - dla pacjentów Udzielającego  
Zamówienie objętych leczeniem kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego.

CPV: 85100000-0 Usługi ochrony zdrowia,, 85111400-4 Usługi szpitalne rehabilitacyjne

#### 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: [witulska@spwsz.szczecin.pl](mailto:witulska@spwsz.szczecin.pl), [spwsz@spwsz.szczecin.pl](mailto:spwsz@spwsz.szczecin.pl)  
fax: 91 813 90 09

**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

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

### III. TERMINY

Termin składania ofert: **18.06.2024 do godz. 11<sup>00</sup>**

Termin otwarcia ofert: **18.06.2024 godz. 11<sup>30</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

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

- 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 rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych - (5pkt)

3/ kompleksowość – 10%

– zapewnienie 2 lekarzy specjalistów rehabilitacji do realizacji świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych– 10pkt

4/ ciągłość – 5 %

- nieprzerwalnie od 5 lat realizacją świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego w – 5pkt

## VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w dniach od 10.06.2024 do 18.06.2024 do godz. 11<sup>00</sup> (wyłącznie w dni powszednie)
  - a) w Kancelarii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Szczecinie, ul. Broniewskiego 2, w zamkniętej kopercie, w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie, opatrzonej napisem:

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

„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: [witulska@spwsz.szczecin.pl](mailto:witulska@spwsz.szczecin.pl), [spwsz@spwsz.szczecin.pl](mailto:spwsz@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.

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

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 18.06.2024 o godz. 11<sup>30</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 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 – 10%
  - d) ciągłość świadczeń – 5%

**Lokalizacja:**

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

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

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 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 przysuguje status Oferenta.
6. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
7. Umowa zostanie zawarta na okres od maja 2024r do kwietnia 2027r.
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

**Lokalizacje:**

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

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

- 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).
- e) 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.

#### **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.

**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

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 1 lipca 2024 do 30 czerwca 2027**
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 w zakresie rehabilitacji kardiologicznej  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.

**Wymagane parametry graniczne:**

**Zadanie nr 1** – świadczenie usług rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych - dla pacjentów Udzielającego Zamówienie objętych leczeniem kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego.

**I. Miejsce udzielania świadczeń** – Zakład/Ośrodek/Oddział Rehabilitacji Leczniczej lub Rehabilitacji Kardiologicznej

**II. Wymagania dotyczące personelu** (zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. (Dz. U. z 2021 poz. 265):

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych – równoważnik co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego oraz
- 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii lub
- 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii, lub
- 4) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 5) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 6) lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, w trakcie której lekarz może udzielać świadczeń  
– równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego.

2. Pozostały personel:

- a) specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta;
- b) fizjoterapeuta oraz
- c) fizjoterapeuta lub masażysta;
- d) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej ½ etatu przeliczeniowego;
- e) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej, z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej, w tym równoważnik 1 etatu przeliczeniowego – pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego: „resuscytacja krążeniowo-oddechowa” lub „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” lub będąca w trakcie ich realizacji;
- f) osoba, która:
  - rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1630 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra,

**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

- ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,
- rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra,
- rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata lub magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku,
- ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk,
- ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia technikum lub szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka – uczestniczy w realizacji programu edukacyjnego;

**III. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w miejscu udzielania świadczeń** (zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. (Dz. U. z 2021 poz. 265):

1. sala dla kinezyterapii wyposażona w:
  - a) balkonik rehabilitacyjny,
  - b) kule i laski rehabilitacyjne,
  - c) maty lub materace do kinezyterapii;
2. sala do treningów wytrzymałościowych wyposażona w cykloergometr lub bieżnię, nie mniej niż 1 urządzenie z monitorowaniem saturacji pO<sub>2</sub> oraz pCO<sub>2</sub> oraz z monitorowaniem zapisu w trakcie treningu (EKG, tętno i ciśnienie);
3. pozostałe wyposażenie:
  - a) defibrylator,
  - b) aparat EKG 12-odprowadzeniowy,
  - c) urządzenia zapewniające realizację tlenoterapii biernej,
  - d) zestaw do reanimacji,
  - e) kardiomonitor

**IV. Wyposażenie wymagane w lokalizacji** (zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. (Dz. U. z 2021 poz. 265):

1. aparat do rejestracji EKG metodą Holtera;
2. aparat USG z Dopplerem (echokardiografia);
3. stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego;

**V. Czas trwania świadczenia** (zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. (Dz. U. z 2021 poz. 265):

- a) łączna liczba osobodni może obejmować świadczenia rehabilitacji kardiologicznej realizowane w warunkach stacjonarnych, w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.
- b) Maksymalnie 35 osobodni na oddziale rehabilitacji stacjonarnej (z możliwością realizacji części osobodni w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego rehabilitacji, przy czym zakończenie realizacji świadczenia w okresie nieprzekraczającym 90 dni kalendarzowych.

**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

**VI. Zakres Świadczenia** (zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013r. (Dz. U. z 2021 poz. 265):

1. Interwencje fizjoterapeutyczne – co najmniej 3 procedury dziennie dla każdego pacjenta przez 6 dni w tygodniu:
  - a) 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym;
  - b) 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym;
  - c) 93.3603 Trening stacyjny;
  - d) 93.13 Usprawnianie czynne z oporem;
  - e) 93.3604 Trening marszowy;
  - f) 93.3605 Trening marszowy z przyborami;
  - g) 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne;
  - h) 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe;
  - i) 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem;
  - j) 93.1901 Ćwiczenia równoważne;
  - k) 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne;
  - l) 93.1910 Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe.
2. Edukacja zdrowotna
  - a) Profilaktyka i promocja zdrowia – co najmniej 2 konsultacje w trakcie całego procesu rehabilitacji odbyte w trybie stacjonarnym.
  - b) Inna konsultacja – co najmniej 2 konsultacje dietetyczno-żywniowe w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarnym
  - c) Co najmniej 2 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji niezależna od trybu realizacji poprzedzone oceną stanu psychicznego 94.08:
    - 93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna;
    - 94.335 Trening autogenny;
    - 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna – inne formy;
    - 94.36 Psychoterapia w formie zabaw;
    - 94.37 Psychoterapia integrująca.
3. Monitorowanie postępów rehabilitacji – co najmniej 3 procedury w trakcie całego procesu rehabilitacji w trybie stacjonarnym;
  - a) 88.721 Echokardiografia;
  - b) 89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej;
  - c) 89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym;
  - d) 89.442 Sześciominutowy test marszu;
  - e) 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem);
  - f) 89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter);
  - g) 87.495 RTG śródpiersia;
  - h) 89.385 Ergospirometria

**VII. Inne obowiązki Przyjmującego Zamówienie**

1. Spełnianie wymagań rozporządzenia Spełnianie wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej dla poszczególnych zakresów oraz Rozporządzenia i Zarządzenia w zakresie kompleksowej opieki KOS –zawał;

**Lokalizacje:**

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

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

2. rzetelne udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i właściwym kodeksem etyki zawodowej oraz właściwymi przepisami prawa;
3. ścisłą współpracę z ośrodkiem koordynującym w zakresie kompleksowej opieki KOS zawał;
4. Świadczenia udzielane będą zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Przyjmującego Zamówienie, przy współpracy koordynatora kompleksowej opieki KOS –zawał.,
5. Dzień przyjęcia na świadczenia rehabilitacyjne wyznacza się z zachowaniem terminu określonego w wytycznych MZ i NFZ dla realizacji KOS-zawał.

**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 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej**  
**na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego 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. Sokółowskiego 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 w zakresie rehabilitacji kardiologicznej*  
*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego 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)*

**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 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
*na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej*  
*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 w zakresie .....

.....

.....

(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 specjalistyczny 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;

**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

- 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 w zakresie rehabilitacji kardiologicznej*  
*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie.*

**Wzór oferty cenowej**

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie .....  
(wpisać przedmiot postępowania)

**Oferta cenowa**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie świadczeń z zakresu zadania nr 1 na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4.

Lp	NAZWA BADANIA	Liczba pacjentów nie więcej niż	Oferowana cena jednostkowa za 1 pacjenta brutto	Oferowana cena brutto za zadanie
1	Świadczenie usług rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dla pacjentów Udzielającego Zamówienie objętych leczeniem kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego	120		

Słownie brutto: .....

**Uwaga !**

Wskazana w kolumnie liczba pacjentów nie stanowi ilości jaką Udzielający zamówienia zobowiązuje się zlecić Oferentowi do wykonania w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będą udzielać osoby n/w posiadający następujące kwalifikacje:

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

**Lokalizacje:**

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

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

- 5 .....
- 6 .....
- 7 .....
- 8 .....
- 9 .....
- 10 .....

Proszę określić wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny w miejscu wykonywana świadczenia

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

Proszę określić wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny w lokalizacji

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**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

L.p.	Kryteria wyboru	Potwierdzenie spełnienia kryteriów <i>zakreślić TAK lub NIE</i>
1.	posiadanie certyfikatów jakości w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych – jakość świadczeń	TAK / NIE
2.	zapewnienie 2 lekarzy specjalistów rehabilitacji do realizacji świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych – kompleksowość świadczeń	TAK / NIE
3.	Nieprzerwalnie od 5 lat realizacja świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego – ciągłość świadczeń	TAK / NIE

**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 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego 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)

**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 7 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej  
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**UMOWA W ZAKRESIE REALIZACJI  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu .....2024r. pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4, 71-455 Szczecin, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000003593 przez Sąd Rejonowy w Opolu – VIII Wydział Gospodarczy KRS, posiadającym NIP: 8512537954, REGON: 000290274, reprezentowanym przez:

1/ ..... - .....

zwanym dalej Udzielającym zamówienia

a

reprezentowanym przez:

1/ ..... - .....

zwanym dalej Przyjmującym zamówienie.

Na podstawie art. 26, art. 26a oraz art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991) oraz art. 140, art.141, art.146 ust.1, art.147, art.148 ust.1, art.149, art.150, art.151 ust.1,2 i 4-6, art.152, art.153 i art.154 ust.1 i 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r. poz. 146) oraz wyboru dokonanego na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert EM/388-37/2024 ogłoszonego dnia 02 kwietnia 2024 r. – strony zawierają umowę następującej treści:

§ 1

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania na rzecz Udzielającego zamówienie i na podstawie skierowania, za wynagrodzeniem świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej dla pacjentów Udzielającego zamówienia objętych leczeniem w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS zawal) - skierowanym przez Udzielającego zamówienie na warunkach określonych niniejszą Umową oraz zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo kierowania na rehabilitację pacjentów w ilościach wynikających z jego uzasadnionych potrzeb.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż prowadzi zarejestrowaną działalność gospodarczą w zakresie objętym umową, zatrudnia osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz posiada odpowiednią aparaturę i urządzenia, umożliwiające prawidłowe, tj. zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym m. in. z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz Zarządzeniem Prezesa Narodowego Fundusz

**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

Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

4. W przypadku konieczności transportu pacjenta w celu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego w ośrodku Przyjmującego zamówienie, transport odbywa się na ogólnie przyjętych zasadach określonych Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### § 2

1. Podstawę do zrealizowania hospitalizacji przez Przyjmującego zamówienie stanowią będą skierowania wystawione przez lekarzy zatrudnionych przez Udzielającego zamówienie,
2. Skierowanie powinno zawierać zakres danych wymaganych do wykonania usługi na podstawie obowiązujących przepisów prawa - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2024.252), a w szczególności:

- a) pieczęć lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem Udzielającego zamówienie oraz numerem umowy zawartej z NFZ,
- b) datę wystawienia skierowania,
- c) PESEL oraz imię i nazwisko pacjenta (w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – dodatkowo numer i rodzaj dokumentu ją identyfikującego),
- d) rozpoznanie, będące podstawą skierowania (w języku polskim) i kod jednostki chorobowej według ICD-10,
- f) uzgodniony z oddziałem termin rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej,
- g) podpis i pieczęć lekarza kierującego z czytelnym numerem prawa wykonywania zawodu.

#### § 3

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej dla pacjentów Udzielającego zamówienia objętych leczeniem w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS zawał), o których mowa w § 1 niniejszej umowy i oświadcza, że wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności, z zapewnieniem wysokiej jakości usług, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi przepisami i standardami realizacji tych świadczeń oraz wymogami Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne -Świadczenia kompleksowe.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że spełnia wszelkie warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym przedmiotem niniejszej Umowy.
3. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do należytego i terminowego wykonywania obowiązków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.
4. Udzielający zamówienie zapewnia wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające niezbędne kwalifikacje i doświadczenie, spełniające wymagania zdrowotne określone w odpowiednich przepisach.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest również do:
  - a) współpracy i koordynacji działań pomiędzy Udzielającym zamówienia będącym Podmiotem koordynującym, realizującym świadczenia w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał), a Przyjmującym zamówienie realizującym świadczenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych lub w ośrodku lub oddziale dziennej rehabilitacji kardiologicznej;

**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

- b) zapewnienia pacjentom Podmiotu koordynującego ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji lub w ciągu 14 dni po wypisie z oddziału szpitalnego w zakresie realizacji świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych w ramach przedmiotu umowy;
  - c) zapewnienia pacjentom Podmiotu koordynującego edukacji dotyczącej stylu życia, czynników ryzyka, chorób układu krążenia;
  - d) opracowania we współpracy z Podmiotem koordynującym planu leczenia pacjenta przekazywanego do jednostki Przyjmującego zamówienie celem realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej;
  - e) prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz do archiwizacji tejże dokumentacji zgodnie z wymogami obowiązujących standardów postępowania;
  - f) przekazywania do Podmiotu koordynującego niezbędnych zestawień statystycznych (zawierających min. numer księgi głównej oraz potwierdzenie posiadania ubezpieczenia zdrowotnego w formie uzgodnionej ze Zleceniodawcą), umożliwiających wykazanie świadczeń do Płatnika – NFZ, w tym danych umożliwiających określenie wskaźnika pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji kardiologicznej;
  - g) przekazywania do Podmiotu koordynującego niezbędnych danych do raportu statystycznego, o którym mowa w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o narzędzie informatyczne udostępniane przez Płatnika (NFZ);
  - h) tworzenia uzasadnień do wniosków indywidualnych zgód określonych we właściwym Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie bazy zgód indywidualnych związanych z koniecznością przedłużenia realizacji świadczenia w zakresie objętym umową innym niż wynikające z obowiązujących przepisów;
  - i) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przekazania Udzielającemu zamówienia dokumentacji medycznej pacjentów w postaci karty informacyjnej potwierdzającej wykonanie leczenia usprawniającego, w tym również informacji o dalszych zaleceniach lekarskich, a także kopii skierowania,
  - j) zapewnienia we własnym zakresie środków ochrony indywidualnej,
  - k) posiadania przez personel Przyjmującego zamówienie aktualnych badań sanitarno-epidemiologicznych,
  - l) dbania o dobre imię/wizerunek Udzielającego Zamówienie
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, w tym również zgodnie z ustalonymi przez NFZ zasadami sprawozdawczości z udzielonych świadczeń.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia Udzielającemu zamówienia potwierdzenia prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej dla poszczególnych pacjentów objętych leczeniem w ramach przedmiotu umowy za okres w którym pacjentom udzielane są świadczenia.
8. Przyjmujący zamówienie zapewnia, że świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot umowy będą wykonywane przy użyciu aparatury medycznej, urządzeń i sprzętu, spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach na dowód czego, przedłoży na żądanie Udzielającego zamówienie, stosowne dokumenty. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za należyty stan urządzeń i aparatury przy użyciu których, wykonywane będą badania objęte umową.
9. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na to, że w każdym przypadku nie wywiązywania się przez niego z postanowień niniejszej umowy, Udzielający zamówienie zachowuje nieodwołalne prawo do zastępczego zlecenia wykonania usług objętych przedmiotem niniejszej Umowy na koszt Przyjmującego Zamówienie, po upływie wyznaczonego przez Udzielającego terminu na usunięcie nieprawidłowości.

**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

10. Przyjmujący zamówienie nie może powierzyć wykonania żadnej części przedmiotu umowy Podwykonawcom bez zgody Udzielającego zamówienie. Powyższe nie dotyczy personelu medycznego wskazanego do wykonania umowy w ofercie. Za działania i zaniechania Podwykonawców Przyjmujący zamówienie odpowiada jak za własne działania.
11. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Udzielającego zamówienie o utracie uprawnień do realizacji przedmiotu umowy.

#### § 4

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów, zwłaszcza ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.z 2023 poz. 1545, 1675, 1692, 1972).
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością zawodową, zgodnie z zasadami sztuki i aktualnej wiedzy medycznej oraz obowiązującymi przepisami w tym w szczególności min. ustawy o działalności leczniczej, ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przetwarzania powierzonych mu danych osobowych zgodnie z: Rozporządzeniem 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), ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781), a także regulacjami wewnętrznymi obowiązującymi w tym przedmiocie u Udzielającego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Udzielającego Zamówienie informacji podlegających ochronie, a w szczególności danych osobowych oraz środków i sposobów ich zabezpieczenia zarówno w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, jak również po jej zakończeniu lub rozwiązaniu.
5. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie obowiązku określonego w ust. 3 i 4 Udzielający zamówienie może rozwiązać Umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.

#### § 5

1. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów w zakresie świadczeń udzielanych w ramach niniejszej umowy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do wpisania umowy do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (SZOI) w ciągu 3 dni od daty podpisania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli Udzielającego zamówienie.
4. Kontrola obejmuje wykonywanie umowy, w szczególności:
  - a) w zakresie oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - b) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c) liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych,
  - d) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej,
  - e) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,

**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



f) terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.

#### § 6

Przyjmujący zamówienie jest ponadto zobowiązany do:

- a) Ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1.
- b) dostarczenia kopii polisy ubezpieczeniowej jako załącznika do umowy, o której mowa w ust. a. w dniu podpisania umowy
- c) Utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia.

#### § 7

Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność z tytułu wyrządzenia szkody osobowej i rzeczowej powstałej na skutek swojego działania lub zaniechania w związku z realizacją niniejszej umowy.

#### § 8

1. Szacunkowa wartość udzielonych świadczeń przez czas obowiązywania umowy wyniesie brutto ..... zł (słownie:.....).
2. Wartość świadczeń określona w ust. 1 jest ilością szacunkową, właściwa wartość świadczeń zależy będzie od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość zwiększenia lub zmniejszenia wartości udzielanych świadczeń w zależności od potrzeb.
4. Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał należność w wysokości ..... zł brutto za osobodzień (słownie: .....).
5. Należność określona w ust. 4 jest niezmienna przez okres trwania umowy określony w §12 ust. 1.
6. Należność za wykonanie usługi wynikające z niniejszej umowy Udzielający zamówienie wypłaci na podstawie przedłożonej faktury.
7. Wypłata należności będzie dokonywana na konto Przyjmującego zamówienie po weryfikacji i akceptacji wykonanych świadczeń przez Płatnika (NFZ) w okresach miesięcznych w terminie do 14 dnia od daty złożenia faktury wraz z danymi niezbędnymi do rozliczenia do Płatnika (NFZ) udzielonych świadczeń zdrowotnych. Kopia faktury i scan w/w dokumentów przesyłane będą jednocześnie na adres e-mail wskazany przez Udzielającego zamówienie w szyfrowanym pliku.
8. Udzielający zamówienia będzie wpłacał należności za zrealizowane świadczenia na rachunek wskazany przez Przyjmującego zamówienie.

#### § 9

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji podlegających ochronie uzyskanych od Udzielającego zamówienia w czasie wykonywania Umowy, a w szczególności danych osobowych, jednostek chorobowych pacjentów oraz wyników badań.
2. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie obowiązku określonego w ust. 1, Udzielający zamówienia może rozwiązać Umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach prawa cywilnego.

#### § 10

1. Strony uzgadniają następujące kary umowne:
  - a) Przyjmujący zamówienie będzie zobowiązany do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienia kary umownej w wysokości 3-krotności należności z tytułu wykonywania przedmiotu niniejszej umowy,

**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

wyliczonej na podstawie faktur za ostatnie pełne trzy miesiące świadczenia usług przez Przyjmującego zamówienie, w przypadku odstąpienia od umowy lub jej rozwiązania przez którąkolwiek ze stron z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

- b) Przyjmujący zamówienie będzie zobowiązany do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienie kary umownej w wysokości 50,00 zł. (słownie: pięćdziesiąt złotych) za każdy dzień opóźnienia w przedłożeniu kopii aktualnie obowiązującej lub przedłużonej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przy czym za przedłożenie uważa się datę wpływu kopii umowy ubezpieczenia do siedziby Udzielającego zamówienie.
  - c) Przyjmujący zamówienie będzie zobowiązany do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienie kary umownej wysokości 500,00 zł za każdy dzień opóźnienia w stosunku do ustalonego terminu przyjęcia pacjenta celem realizacji świadczeń zdrowotnych objętych zakresem umowy.
  - d) Przyjmujący zamówienie będzie zobowiązany do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienie kary umownej w wysokości 200,00 zł za każdą godzinę nieusprawiedliwionego braku świadczenia usług zdrowotnych objętych umową.
  - e) W przypadku przekazania Udzielającemu zamówienie nieprawidłowo sporządzonej i niekompletnej dokumentacji medycznej, Udzielający zamówienia może nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę w wysokości do 10% wynagrodzenia za okres rozliczeniowy, w którym nastąpiła nieprawidłowość.
2. Zastrzeżenie kar umownych nie pozbawia Udzielającego zamówienie możliwości dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, w przypadku, gdy wysokość naliczonych kar umownych nie pokryje powstałej szkody.
  3. Zapłata kar umownych zostanie dokonana w terminie 7 dni liczonych od dnia doręczenia wezwania do ich zapłaty.
  4. Kary umowne podlegają sumowaniu.

#### § 11

1. Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie za szkodę powstałą wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy będzie ustalana zgodnie z zasadami określonymi w Kodeksie cywilnym.
2. W przypadku nałożenia kar przez NFZ na Udzielającego zamówienia za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań, zawinione przez Przyjmującego zamówienie, Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo obciążenia Przyjmującego zamówienie kwotą stanowiącą równowartość nałożonej kary.
3. Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo do potrącenia z wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie kwoty będącej równowartością nałożonych niniejszą umową kar oraz innych należności objętych umową, na co Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę.

#### § 12

1. Umowa realizowana będzie od..... r. do dnia .....
2. Umowa może być rozwiązana:
  - a) za porozumieniem stron,
  - b) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,
  - c) wskutek oświadczenia jednej ze stron z zachowaniem 3 – miesięcznego okresu wypowiedzenia,
  - d) wskutek oświadczenia jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, a w szczególności określone w § 13.

**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

3. Oświadczenie o wypowiedzeniu wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 13

1. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym w przypadku:
  - 1.1 nie zawarcia przez Udzielającego zamówienie kontraktu z NFZ obejmującego przedmiot umowy lub zaprzestania przez NFZ finansowania świadczeń w tym zakresie,
  - 1.2 ograniczenia przez Przyjmującego zamówienie dostępności świadczeń, zawężenie ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
  - 1.3 nie przekazywania w ustalonym terminie przez Przyjmującego zamówienie wymaganych sprawozdań i informacji,
  - 1.4 licznych skarg pacjentów, gdy wynikają one z rażącego naruszenia umowy oraz przepisów prawa przez Przyjmującego zamówienie,
  - 1.5 utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień do wykonywania umowy i braku spełniania wymogów do wykonania umowy jakimi legitymował się w chwili zawierania umowy,
  - 1.6 braku aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmującego zamówienie lub zawarcia polisy na mniejszą niż wymaganą przepisami sumę gwarancyjną lub/i wartość ubezpieczenia.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny Przyjmującego zamówienie w stanie wskazującym na spożycie alkoholu w czasie przeznaczonym na wykonywanie świadczeń zdrowotnych powodować będzie rozwiązanie umowy ze skutkiem natychmiastowym.

#### § 14

W przypadku rozwiązania umowy w trybie §12 i 13 Przyjmującemu zamówienie nie przysługuje z tego tytułu odszkodowanie.

#### § 15

1. Zarówno w okresie obowiązywania niniejszej umowy, jak i po jej rozwiązaniu z jakiegokolwiek powodu, Przyjmujący zamówienie nie ma prawa ujawniania, ani przekazywania osobom trzecim żadnych informacji, których posiadał wiedzę lub które otrzymał w jakimś momencie (przed lub po rozwiązaniu umowy) z powodu lub w związku z umową.
2. Z klauzuli poufności Przyjmujący zamówienie może być zwolniony tylko w postępowaniu prokuratorskim, przed sądem powszechnym, sądem lekarskim albo, gdy Strony tak postanowiły.

#### § 16

1. Zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Jeśli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu, będzie to podstawą do wystąpienia stron o zmianę warunków umowy lub skrócenie okresu jej obowiązywania.
3. Wszelkie prawa wynikające z niniejszej umowy, w tym również wierzycelności, nie mogą być przenoszone przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz osób trzecich bez uprzedniej zgody Udzielającego Zamówienie.

#### § 17

Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej umowy w drodze negocjacji. W przypadku braku porozumienia między stronami na tle realizacji postanowień niniejszej umowy rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

**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

#### § 18

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz właściwych ustaw, w szczególności Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz.991), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146) oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 poz. 1516).

#### § 19

Integralną częścią umowy są Szczegółowe Warunki Konkursu oraz Oferta wraz z kompletem załączników.

#### § 20

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po 1 dla każdej ze stron.

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY 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

**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

