

.....  
 (pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....  
 (adres)

**FORMULARZ OFERTY**

na świadczenie usług farmaceutycznych w Ośrodku Leczniczo – Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” sp. z o.o.

Zamawiający:

OŚRODEK LECZNICZO – REHABILITACYJNY „Pałac Kamieniec”  
 Sp. z o.o.  
 Kamieniec, ul. Polna 2, 42 – 674 Zbrosławice

Przedmiot zamówienia:

Świadczenie usług farmaceutycznych  
 na rzecz pacjentów Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o.  
 w okresie od 01 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku

**1. Dane identyfikacyjne Przyjmującego zamówienie**

1.	Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie (zgodnie z właściwym rejestrem) lub imię i nazwisko	
2.	Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej*	
3.	Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty nr: ..... z dnia .....	
4.	Dyplom uzyskania 1 stopnia specjalizacji w zakresie farmacji aptecznej	
5.	Numer statystyczny GUS (Regon)*	
6.	Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) lub PESEL	
7.	Województwo	
8.	Miejscowość	
9.	Ulica, nr lokalu	
10.	Kod pocztowy	
11.	Poczta	
12.	Telefon	
13.	Faks	
14.	E-mail	
15.	Numer rachunku bankowego	
16.	Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania Przyjmującego zamówienie z zaznaczeniem osób uprawnionych do podpisania umowy (w przypadku gdy Przyjmującego zamówienie reprezentuje pełnomocnik, do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo, z którego wynika zakres umocowania).	

**Uwaga!!** 1). do pozycji o nr: 2 - 6 należy dołączyć kopie odpowiednich dokumentów.

\* jeżeli dotyczy

2. Nawiązując do ogłoszonego Konkursu ofert na wyłonienie Przyjmującego zamówienie w przedmiocie jak wyżej podano, oferuję/my następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

**a) kwota odpłatności za 1 godzinę świadczenia usług farmaceutycznych wynosi:**

..... złotych brutto, (słownie: .....

**b) świadczenie usług farmaceutycznych w następujących dniach tygodnia i godzinach:**

.....

.....

.....  
(data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

- 1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie
- 2). Załącznik nr 2 – zaparafowany wzór umowy

3). .....

4). .....

5). .....

.....  
(nazwa ,adres Przyjmującego zamówienie)

## OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z materiałami informacyjnymi i ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert* i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego *projektu umowy* i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z „*Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Ośrodku Leczniczo – Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o. w okresie od 01 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku*”.
6. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam/y, że posiadam/y wymagane kwalifikacje zawodowe.
8. Oświadczam/y, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę/my w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
9. Administratorem Pani/Pana danych osobowych ujawnionych dla potrzeb niniejszego postępowania jest: Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny „Pałac-Kamieniec” sp. z o.o., ul. Polna 2, 42-674 Zbrosławice, strona internetowa: [www.olr-kamieniec.pl](http://www.olr-kamieniec.pl), email: [sekretariat@olr-kamieniec.pl](mailto:sekretariat@olr-kamieniec.pl), Tel. 32 233 78 77 Fax 32 233 78 19. Oświadczam/y, że zapoznałam/em się z pełną klauzulą informacyjną RODO sformułowaną w *Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert*. Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe przetwarzane są w celu wykonywania czynności mających na celu zawarcie umowy i jej realizacji, a podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b) i art. 9 RODO (UE).
10. Oświadczam/y, że posiadam/y aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC). Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii umowy OC wraz z dowodem potwierdzającym opłacenie składki ubezpieczeniowej, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy/\*.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Przyjmującego zamówienie)

\* dotyczy Przyjmujących zamówienie, o których mowa w art. 4, 5 ustawy o działalności leczniczej.



*(WZÓR) Umowa Nr .... /świad.zdr./.....  
o udzielenie zamówienia na wykonanie usług farmaceutycznych*

zawarta w dniu ..... w Kamieńcu, pomiędzy:

Ośrodkiem Leczniczo-Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o. z siedzibą w Kamieńcu, przy ul. Polnej 2, wpisanym do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS pod nr: 0000566979, kapitał zakładowy w kwocie: 10 200 000,00 zł wniesiony aportem, NIP: 6452167664, REGON: 276112481 (zwanym dalej Ośrodkiem), reprezentowanym przez :

Prezesa Zarządu – mgr Grażynę Osińską  
zwanym dalej „*Udzielającym zamówienia*”

a

.....  
zwanym dalej „*Przyjmującym zamówienie*”

Niniejsza umowa została zawarta w wyniku konkursu ofert przeprowadzonego na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 2190 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.).

§ 1

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania usług farmaceutycznych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi na rzecz Ośrodka Leczniczo-Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o., a w szczególności:
  - 1) czynnego udziału i zaangażowania w procesie tworzenia listy leków- receptariusza oraz określenia odpowiednich kategorii dostępności dla wybranych produktów leczniczych,
  - 2) organizowania zaopatrzenia Ośrodka w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
  - 3) oceny jakości leków gotowych,
  - 4) wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
  - 5) aktualizacji procedur oraz sprawowania nadzoru nad obrotem, przechowywaniem, wykorzystaniem i utylizacją produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
  - 6) przekazywanie Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych informacji o niepożądanym działaniu produktu leczniczego lub wyrobu medycznego,
  - 7) weryfikacja autentyczności leków oraz przekazywanie organom Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej informacji o podejrzeniu lub stwierdzeniu, że dany produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym lub został zfałszowany,
  - 8) udzielania informacji i porad dotyczących działania stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
  - 9) sprawowania opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowaniu procesów polegających na współpracy z pacjentami i lekarzami, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych,

- 10) udziału w uzasadnionych przypadkach nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii,
  - 11) współuczestniczenia w sprawowaniu nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi,
  - 12) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych i monitorowanie tych działań,
  - 13) udziału w racjonalizacji farmakoterapii,
  - 14) opracowywania i weryfikacji procedur wydawania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych na oddziały/zakłady w oparciu o aktualne standardy, wytyczne towarzystw naukowych itp.,
  - 15) weryfikacji prawidłowego prowadzenia apteczek na oddziałach/ zakładach Ośrodka,
  - 16) sprawowania nadzoru nad bezpieczeństwem stosowania leków w Ośrodku,
  - 17) przekazywania do wiadomości oddziałów/ zakładów komunikatów bezpieczeństwa oraz decyzji GIF/WIF dotyczących wycofania, wstrzymania lub ponownego dopuszczenia leków do obrotu,
  - 18) udziału w procedurach dotyczących przygotowania specyfikacji przetargowej, w tym oszacowania ilościowo-wartościowego przedmiotu zamówienia na dostawy produktów i wyrobów medycznych dla Ośrodka,
  - 19) zaangażowania w tworzenie procedur ogólnoszpitalnych oraz stałego szkolenia personelu medycznego.
  - 20) przekazywanie okręgowym izbom aptekarskim danych niezbędnych do prowadzenia rejestru farmaceutów przewidzianego ustawą o izbach aptekarskich,
  - 21) udział w pracach Zespołu Terapeutycznego,
  - 22) uczestniczenie w kontroli działu farmacji prowadzonej przez uprawnione do tego organy i podmioty,
  - 23) przestrzeganie ustalonego przez Zleceniodawcę porządku i zasad pracy w dziale farmacji.
2. Wszystkie czynności wymienione w punkcie 1 niniejszego paragrafu wykonywane będą przy ścisłej współpracy z Kierownikiem Podmiotu Leczniczego Ośrodka.

#### § 2

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń z zakresu usług farmaceutycznych, o których mowa w § 1 umowy, minimum 4 razy w miesiącu kalendarzowym po 4 godziny w dniach uzgodnionych z Kierownikiem Podmiotu Leczniczego Ośrodka oraz na wezwanie Udzielającego zamówienia w razie konieczności.

#### § 3

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że spełnia wymogi pozwalające mu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy oraz posiada prawo wykonywania zawodu farmaceuty wydane przez Okręgową Radę Aptekarską, zgodnie z ustawą z dnia USTAWA z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, nr wpisu .....
2. O utracie uprawnień, o których mowa w pkt.1, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie poinformować na piśmie Udzielającego zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu wiedzy i umiejętności fachowych z uwzględnieniem postępu nauk medycznych, z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

#### § 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

2. W przypadku braku możliwości osobistego świadczenia usług Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia zastępstwa przez osobę posiadającą takie same uprawnienia i kwalifikacje do świadczenia usług medycznych jak Przyjmujący zamówienie, uzgadniając pisemnie ten fakt z Udzielającym zamówienie. W takim przypadku Przyjmujący zamówienie przenosi na czas swojej nieobecności prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na rzecz zastępcy, uprzednio zaakceptowanego przez Przyjmującego zamówienie.
3. Z zastępcą spisywana będzie umowa na czas zastępstwa, w której określone będą takie same prawa i obowiązki jak w niniejszej umowie.

#### § 5

1. W świadczeniu usług Przyjmujący zamówienie działa samodzielnie i nie podlega kierownictwu Udzielającego zamówienia w zakresie podejmowanych czynności zawodowych w rozumieniu kodeksu pracy. Zalecenia lekarskie oraz administracyjne kierowane do Przyjmującego zamówienie mają charakter wskazówek merytorycznych oraz organizacyjnych, nie stanowią poleceń pracowniczych, a udzielane są ze względu na wypełnianie przez Przyjmującego zamówienie czynności leczniczych z udziałem Udzielającego zamówienia.
2. Przy wykonywaniu niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przestrzegać Kodeksu Etyki Zawodowej, Regulaminów Ośrodka, Polityki Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych, przepisów sanitarnych, bhp, p-poż, Zarządzeń Wewnętrznych obowiązujących w Ośrodku. Naruszenie ich rodzi odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie za niewykonanie lub nienależyte wykonanie niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe przy nienależytym i niewłaściwym wykonywaniu usługi oraz bieżących zaleceń Udzielającego zamówienia.
4. Udzielający zamówienia nie odpowiada za długi jakie Wykonawca zaciągnie w celu właściwego wykonania usługi.
5. W trakcie wykonywania niniejszej umowy, Przyjmującemu zamówienie nie wolno używać we własnym interesie rzeczy i pieniędzy Udzielającego zamówienia.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest informować Udzielającego zamówienia o przebiegu wykonania usług farmaceutycznych.

#### § 6

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie, chyba że szkoda powstała z wyłącznej winy Przyjmującego zamówienie.

#### § 7

1. Za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie stanowiące iloczyn sumy godzin wykonanych usług oraz ceny jednostkowej wynoszącej .....zł (słownie: ..... zł) brutto za 1 godz., zgodnie z formularzem ofetowym z dnia .....
2. Okresy rozliczeniowe- obrachunkowe wynoszą 1 miesiąc kalendarzowy.
3. Podstawę naliczenia wynagrodzenia stanowić będzie rejestr miesięcznych pobyków, potwierdzony przez Udzielającego zamówienie - Kierownika Podmiotu Leczniczego Ośrodka najpóźniej do trzech dni roboczych po zakończeniu miesiąca, którego rozliczenie dotyczy.
4. Należność za wykonane czynności obliczona zgodnie z postanowieniami niniejszego §, Udzielający zamówienia wypłaci na podstawie przedłożonego rachunku/faktury w

terminie do 5-go każdego dnia roboczego po zakończeniu miesiąca obrachunkowego kalendarzowego wraz z potwierdzoną kopią ilości przepracowanych godzin.

5. Realizacja należności za świadczone usługi nastąpi w terminie 14 dni od daty złożenia zweryfikowanego dokumentu rozliczeniowego – rejestru pobyków (Wzór rejestru pobyków stanowi załącznik do umowy).
6. Udzielający zamówienia będzie wypłacał należności za zrealizowane świadczenia na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienia:.....

#### § 8

Niniejsza umowa zostaje zwarta na okres od dnia 15 marca 2019r. do dnia 31 grudnia 2019r.

#### § 9

Niniejsza umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:

1. Za zgodą obu stron w każdym czasie.
2. Za uprzednim 1 miesięcznym wypowiedzeniem przez każdą ze stron bez podawania przyczyn, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Za uprzednim 1 miesięcznym wypowiedzeniem ze skutkiem j.n. w przypadku:
  - a) wypowiedzenia umowy przez NFZ,
4. Ze skutkiem natychmiastowym przez Udzielającego Zamówienia w razie:
  - a) utraty uprawnień do wykonywania zawodu,
  - b) uzasadnionych skarg pacjentów gdy wynikają one z rażącego naruszenia przepisów,
  - c) popełnienia przestępstwa, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych , jeśli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste.

#### § 10

Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 11

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz inne obowiązujące akty prawne.

#### § 12

Spory wynikające z niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd powszechny według siedziby Udzielającego zamówienia.

#### § 13

1. Administratorem danych osobowych podanych w umowie ze strony Udzielającego zamówienia jest Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny “Pałac Kamieniec” sp. z o.o., 42-674 Kamieniec, ul. Polna 2, adres poczty elektronicznej: sekretariaty@olr-kamieniec.pl, tel. +48 32 2337877.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu wykonywania czynności mających na celu zawarcie umowy i jej realizację, a podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit.b) i art. 9 RODO (UE).
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż zapoznał się z pełną treścią klauzuli informacyjnej, która znajduje się w siedzibie Udzielającego zamówienia oraz na jego stronie internetowej.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się ponadto do przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad wynikających z ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych



osobwoych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016r., str. 1).

§ 14

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

Załączniki: 1). Formularz oferty, 2. ....

**Udzielający zamówienia**

**Przyjmujący zamówienie**

