

.....  
 (pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....  
 (adres)

**FORMULARZ OFERTY**

na świadczenie usług fizjoterapeutycznych 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 fizjoterapeutycznych 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 Fizjoterapeuty nr: ..... z dnia .....	
4.	Numer statystyczny GUS (Regon)	
5.	Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) lub PESEL	
6.	Województwo	
7.	Miejscowość	
8.	Ulica, nr lokalu	
9.	Kod pocztowy	
10.	Poczta	
11.	Telefon	
12.	Faks	
13.	E-mail	
14.	Numer rachunku bankowego	
15.	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 -5 należy dołączyć kopie odpowiednich dokumentów.

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 fizjoterapeutycznych wynosi:**

..... złotych brutto, (słownie: .....

**b) świadczenie usług fizjoterapeutycznych 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 fizjoterapeutycznych*

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

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje do wykonania odpłatne i profesjonalne wykonywanie usług fizjoterapeutycznych, zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz w zgodzie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi na rzecz pacjentów przebywających na leczeniu w Ośrodku Leczniczo-Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o., a w szczególności:

- 1) staranne i zgodne z techniką wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych ściśle wg wskazań lekarza zatrudnionego w ośrodku,
- 2) sprawdzanie przed zabiegiem sprawności sprzętu rehabilitacyjnego i stwierdzenie jego przydatności do prawidłowego wykonania zabiegu,
- 3) pouczenie pacjenta przed zabiegiem o sposobie zachowania się w trakcie jego trwania oraz uprzedzenie o normalnych odczuciach w trakcie zabiegu,
- 4) dbałość o to, by zabiegi odbywały się w odpowiednich warunkach temperatury, oświetlenia, wilgotności, wentylacji itp.,
- 5) przy braku ścisłych wskazań lekarskich posługiwanie się własną wiedzą medyczną w celu pełnej rehabilitacji powierzonej swej opiece pacjenta,
- 6) wezwanie lekarza, przerwanie zabiegu i udzielenie pierwszej pomocy medycznej w wypadku złego samopoczucia pacjenta,
- 7) natychmiastowe wyłączenie z użytkowania sprzętu wadliwego,
- 8) powiadomienie lekarza o wszelkich uszkodzeniach ciała powstałych u pacjenta na skutek wykonywanych zabiegów,
- 9) utrzymanie sprzętu i bielizny w należytej czystości oraz porządku (dotyczy również użytkowych pomieszczeń oraz inwentarza),
- 10) przestrzeganie bieżących zaleceń Udzielającego zamówienia.

## § 2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że spełnia wymogi pozwalające mu na udzielenie fizjoterapeutycznych świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy oraz posiada prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów, zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015r. o zawodzie fizjoterapeuty, 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. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Kopia polisy wraz z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia stanowi załącznik do niniejszej umowy.

## § 3

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń z zakresu usług Fizjoterapeuty, o których mowa w § 1 umowy, minimum..... razy w miesiącu kalendarzowym po ..... godziny.

## § 4

1. Ilość, czas oraz terminy dot. wykonywania usług fizjoterapeutycznych uzależnione są od bieżących potrzeb Udzielającego zamówienie, ustalane przez Udzielającego zamówienie w miesięcznych harmonogramach. Świadczenia usług fizjoterapeutycznych udzielane będą pacjentom przebywającym na leczeniu w Ośrodku Leczniczo-Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o.
2. Ze względu na bezpieczeństwo oraz dobro pacjentów Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się, iż nie będzie stwarzał dezorganizacji pracy osób zatrudnionych przez Udzielającego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienie przepisów sanitarnych, bhp, p-poż, a także wewnętrznych przepisów regulujących działalność Udzielającego zamówienie.

## § 5

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 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.

## § 6

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 Przyj-

- mującego 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, 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 fizjoterapeutycznych.
  7. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli uprawnionych podmiotów kontrolujących Udzielającego zamówienia, w tym dokonywanych przez NFZ w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu i na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### § 7

1. 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.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za dobór metody realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych oraz za udzielone wskazania co do samodzielnego postępowania przez pacjenta w zakresie zabiegów fizjoterapeutycznych.

#### § 8

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 rozliczeniowo- obrachunkowe wynoszą 1 miesiąc kalendarzowy.
3. Podstawę naliczenia wynagrodzenia stanowić będzie rejestr miesięcznych pobyków, potwierdzony przez Udzielającego zamówienie, najpóźniej do trzech dni roboczych po zakończeniu miesiąca, którego rozliczenie dotyczy (wzór rejestru pobyków stanowi załącznik do niniejszej umowy).
4. Należność za wykonanie świadczeń będzie dokonywana przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie nr: ..... w terminie 14 dni od daty otrzymania rachunku/ faktury wraz z dokumentami o których mowa w ust.3 niniejszego §.

#### § 9

Niniejsza umowa zostaje zwarta na okres od dnia 1 stycznia 2020r. do dnia 31 grudnia 2021r.

#### § 10

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 naruszania przepisów,

c) popełnienia przestępstwa, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych ,  
jesli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste.

#### § 11

W trakcie trwania umowy Przyjmujący zamówienie zostaje wyposażony standardową odzież ochronną obowiązującą w Ośrodku, którą zobowiązany jest nosić w trakcie wykonywania niniejszej umowy.

#### § 12

1. Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

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

#### § 13

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

#### § 14

1. Administratorem danych osobowych podanych w umowie ze strony Udzielającego zamówienia jest Ośrodek Lecznico – 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 osobowych 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).

#### § 15

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

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

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie |



WZÓR

Rejestr pobytów fizjoterapeuty - w.....

Pani/Pan ..... w miesiącu ..... 20..... r.

Nr kolejny pobytu w m-cu	Data (dzień, miesiąc, rok)	nazwa placówki w której realizowane były świadczenia	czas pobytu godzina przyjazdu i odjazdu	liczba godzin	Nazwisko i imię fizjoterapeuty udzielającego świadczenia fizjoterapeutycznego (podpis i data)	potwierdzenie pobytu fizjoterapeuty dokonane przez pielęgniarkę oddziałową lub innego pracownika wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienia
<b>Razem</b>						

Łączna liczba godzin pracowanych w m-cu ..... x ..... zł/godz = ..... zł brutto do wypłaty,

słownie: .....

..... sprawdzono pod względem merytorycznym ..... sprawdzono pod względem rachunkowym ..... zatwierdzono do wypłaty

