

.....  
 (pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....  
 (adres)

**FORMULARZ OFERTY**

na świadczenie specjalistycznych usług lekarskich 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 specjalistycznych usług lekarskich w specjalności .....

(wpisać właściwe)

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.	Numer wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej	
4.	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza	
5.	Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe do realizacji usług w danym zakresie	
6.	Numer statystyczny GUS (Regon)	
7.	Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) lub Nr PESEL	
8.	Województwo	
9.	Miejscowość	
10.	Ulica, nr lokalu	
11.	Kod pocztowy	
12.	Poczta	
13.	Telefon	
14.	Faks	
15.	E-mail	
16.	Numer rachunku bankowego	
17.	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- 7 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 specjalistycznych usług lekarskich wynosi:**

..... złotych brutto, (słownie: .....).

**b) kwota odpłatności za 1 godz. dyżuru pod telefonem wynosi:**

..... złotych brutto, (słownie: .....).

**c) świadczenie specjalistycznych usług lekarskich w następujących dniach tygodnia i godzinach:**

.....

.....

**d) świadczenie dyżurów pod telefonem 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 związaną/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/\*.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis Przyjmującego zamówienie)

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



**(WZÓR)Umowa Nr .....**

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 (tj. Dz. U. Z 2018r., poz. 2190 z późn. zm) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. Z 2019r., poz 1373 z późn. zm.).

§ 1

Udzielający zamówienia zleca, a przyjmujący zamówienie przyjmuje do wykonania odpłatne i profesjonalne świadczenie usług z zakresu Przewodniczącej Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Członka Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Ośrodku Leczniczo – Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” sp. z o.o., a w szczególności do:

1. udziału w opracowaniu strategii działań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
2. udziału w bieżącej kontroli Ośrodka, mającej na celu ocenę stanu higienicznego i spełnienia procedur higienicznych,
3. w nadzorze nad:
  - realizacją programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych,
  - procesami dekontaminacji (dezynfekcji i sterylizacji),
  - prowadzeniem dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń szpitalnych,
  - przestrzeganiem przez personel zasad aseptyki oraz obowiązujących: standardów, zasad postępowania, procedur w poszczególnych jednostkach zakładu, w tym szczególnie: w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta (oddziały szpitalne, pracownie diagnostyczne, gabinety zabiegowe, gabinety rehabilitacji); sterylizacji;
4. współuczestniczenia w opracowywaniu standardów, zasad postępowania, procedur organizacyjnych dotyczących systemu pracy w Ośrodku , a w szczególności:
  - metod i technik pracy personelu,
  - systemu transportu wewnętrznego,
  - sposobów zbierania, gromadzenia i przekazywania do utylizacji odpadów,
  - procesów dezynfekcji i sterylizacji,
  - procesów dezynsekcji i deratyzacji.

5. określania czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
  6. identyfikacji i kontroli przypadków zakażeń zakładowych oraz planowanie doraźnych działań w przypadku wystąpienia zakażenia,
  7. przeprowadzania dochodzeń epidemiologicznych i postępowań w przypadku wystąpienia ognisk epidemicznych,
  8. nadzoru bieżącego monitorowania, rejestracji i analizy zakażeń szpitalnych,
  9. współuczestniczenia w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem,
  10. sprawowania nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
  11. współpracy ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi Ośrodka w zakresie powierzonych zadań,
  12. szkolenia personelu w zakresie zasad praktyki i metod kontroli zakażeń szpitalnych
  13. prowadzenia fachowej analizy historii chorób pod kątem wyselekcjonowania zakażeń wewnątrzszpitalnych,
  14. konsultacji pacjentów z zakażeniami trudno poddającymi się leczeniu i pacjentów zakażonych patogenami „alarmowymi”,
  15. weryfikacja sprawozdań na posiedzenia Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych,
  16. nadzór nad prawidłowym sporządzaniem raportów epidemiologicznych,
  17. współpracy z personelem lekarskim i pielęgniarskim oraz komórkami diagnostycznymi Ośrodka,
  18. współpracy z Wojewódzką i Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną.
  19. obowiązku uczestniczenia w spotkaniach ZKZS oraz KKZS,
  20. przestrzegania bieżących zaleceń Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie nie jest uprawniony do dokonywania czynności prawnych w imieniu Udzielającego zamówienia.
  3. Przyjmujący zamówienie posiada uprawnienia do:
    - wdrażania programów zapobiegania zakażeniom szpitalnym po wcześniejszej akceptacji przez Udzielającego zamówienie,
    - wnioskowania i przedstawiania propozycji zmian organizacyjnych w celu realizacji programów,
    - wnioskowania o zakup, wymianę oraz przydział środków niezbędnych do utrzymania higieny,
    - nadzorowania i kontrolowania stanu sanitarno-epidemiologicznego,
    - korzystania z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do oceny stanu epidemiologicznego,
    - udzielenia pacjentom, rodzicom/opiekunom porad i wskazówek z zakresu sanitarno-epidemiologicznego,
    - wnioskowania w sprawach remontów, modernizacji mających wpływ na stan higieny.

## § 2

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do świadczenia usług z zakresu Przewodniczącej Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Członka Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych min. 1 raz w miesiącu po 4 godziny, oraz każdorazowo na wezwanie Udzielającego zamówienia w razie nagłego wystąpienia ogniska zakaźnego w Ośrodku.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów sanitarnych, bhp, p-poż, a także wewnętrznych przepisów regulujących działalność Udzielającego zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że spełnia wymogi pozwalające mu na świadczenie usług z zakresu Przewodniczącej Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Członka Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych

## § 3

1. W świadczeniu usług Przyjmujący zamówienie działa samodzielnie i nie podlega kierownictwu Udzielającego Zamówienia w zakresie podejmowanych czynności zawodowych.
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 oraz postępować zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j.Dz. U. z 2018 r. poz.151 z późn.zm.).
3. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe przy nienależytym i niewłaściwym wykonywaniu usług z zakresu Przewodniczącej Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Członka Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych a także bieżących zaleceń Udzielającego zamówienia.
4. Udzielający zamówienia nie odpowiada za długi jakie Przyjmujący zamówienie zaciągnie w celu właściwego wykonania usługi.
5. W trakcie wykonywania niniejszej umowy, Przyjmujący zamówienie nie wolno używać we własnym interesie rzeczy i pieniędzy Udzielającego zamówienia.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest informować Udzielającego zamówienia o przebiegu świadczenia usług. Przyjmujący zamówienie składa Udzielającemu zamówienia po każdym pobycie pisemny raport z przebiegu prowadzonych przez niego spraw, na bieżąco zobowiązany jest do udzielania informacji ustnie oraz na żądanie Udzielającego zamówienia.
7. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek obecności podczas kontroli przeprowadzanej u Udzielającego zamówienia przez Powiatową lub Wojewódzką Stację Sanitarno - Epidemiologiczną w zakresie wykonywania przedmiotu umowy.
8. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek zachowania tajemnicy służbowej i ochronę przetwarzania danych osobowych przed niepowołanym dostępem, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem oraz nielegalnym ujawnieniem
9. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za opracowanie i wdrażanie programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych
10. Przyjmujący zamówienie odpowiada za prowadzenie dokumentacji dotyczącej zakażeń szpitalnych.
11. Przyjmujący zamówienie odpowiada za prowadzenie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji.
12. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za efektywność doskonalenia zawodowego w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń.

#### § 4

1. W sytuacji, gdy na skutek zaistniałych okoliczności, niemożliwe jest świadczenie usług z zakresu Przewodniczącej Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Członka Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych osobiście, Przyjmujący zamówienie zapewnia Udzielającemu zamówienia pomoc lub zastępstwo osób trzecich w wykonywaniu umowy posiadających stosowne kwalifikacje. Fakt ten winien być uzgodniony z Udzielającym zamówienia.
2. Koszt zastępstwa lub pomocy pokrywa Przyjmujący zamówienia. Z tytułu korzystania z usług zastępcy lub pomocnika Udzielający zamówienia nie jest zobowiązany do wypłaty żadnego dodatkowego wynagrodzenia poza tym, które określono w niniejszej umowie.
3. Kwalifikacje zawodowe pomocnika lub zastępcy Przyjmującego zamówienia będą co najmniej równe kwalifikacjom zawodowym Przyjmującego zamówienia.
4. Odpowiedzialność za działania pomocnika lub zastępcy ponosi Przyjmujący zamówienia tak, jakby to on sam osobiście wykonywał umowę.
5. Udzielający zamówienia może odstąpić od prawa żądania zastępcy lub pomocnika na czas niedyspozycji Przyjmującego zamówienia.
6. Postanowienia o obowiązkach Przyjmującego zamówienia stosuje się odpowiednio do jego zastępcy i pomocnika.

#### § 5

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest prowadzić rejestr miesięcznych pobytów, w trakcie których świadczone są usługi, o których mowa w § 1.
2. Rejestr ten powinien zawierać :
  - a. nr kolejny pobytu w danym miesiącu kalendarzowym,
  - b. datę ( dzień, miesiąc, rok),
  - c. czas pobytu w Ośrodku ( godzina przyjazdu i godzina wyjazdu z terenu Ośrodka oraz liczba godzin pobytu),
  - d. nazwisko osoby świadczącej usługi, podpis,
  - e. potwierdzenie pobytu dokonane przez Kierownika Podmiotu Leczniczego lub innego przedstawiciela Udzielającego zamówienia.
3. Rejestr winien być prowadzony dokładnie i starannie oraz oddany do zatwierdzenia przez Udzielającego zamówienie do 3 dni roboczych następnego miesiąca po miesiącu kalendarzowym, w którym realizowane były świadczenia zdrowotne.

#### § 6

1. Za świadczone usługi Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie ryczałtowe wynoszące ..... zł brutto, (słownie: ..... 00/100) na miesiąc.
2. Okresy rozliczeniowe- obrachunkowe wynoszą 1 miesiąc kalendarzowy.
3. Podstawę naliczenia wynagrodzenia stanowić będzie rejestr miesięcznych pobytów, potwierdzony przez Udzielającego zamówienie - Kierownika Podmiotu Leczniczego Ośrodk, a 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 w terminie do 5-go każdego dnia roboczego po zakończeniu miesiąca obrachunkowego-kalendarzowego potwierdzoną kopią ilości przepracowanych godzin.
5. Realizacja należności za świadczone usługi nastąpi w terminie 14 dni od daty złożenia zweryfikowanego dokumentu rozliczeniowego – rejestru pobytów.
6. Udzielający zamówienia będzie wypłacał należności za zrealizowane świadczenia na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienia:.....

#### § 7

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

#### § 8

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.

#### § 9

Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.



§ 10

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

§ 11

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

§ 12

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](mailto: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 zamówienie oraz na jego stronie internetowej.
4. Przyjmujący zamówienie i Udzielający zamówienie zobowiązują 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).

§ 13

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

Załączniki:

1. ....
2. ....

**Udzielający zamówienia**

**Przyjmujący zamówienie**



WZÓR

Rejestr pobytów lekarza w miesiącu ..... 20..... r. Pan/Pani lek. med. ....

w .....

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 lekarza udzielającego świadczenia lekarskiego (podpis i pieczęćka )	potwierdzenie pobytu lekarza 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: .....

