

.....
(pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....
(adres)

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług udzielanych przez osoby wykonujące opiekuna medycznego

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

Przedmiot zamówienia:

Świadczenie usług udzielanych przez osoby wykonujące zawód opiekuna medycznego 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 statystyczny GUS (Regon) *	
4.	Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe do realizacji usług w danym zakresie	
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.

* jeśli 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 medycznych wynosi:

..... złotych brutto, (słownie:).

b) Deklarowana ilość godzin świadczenia usług medycznych:

(wpisać ilość godz.)

(słownie ilość godzin:)

.....
(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.oler-kamieniec.pl, email: sekretariat@oler-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.

**Załącznik nr ...
do formularza oferty**

(WZÓR) Umowa Nr
o udzielenie zamówienia na wykonanie usług opiekuna medycznego

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

.....z
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 2019r., poz. 1373 z późn. zm.).

§ 1

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje do wykonania odpłatne i profesjonalne wykonywanie usług opiekuna medycznego zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi na rzecz pacjentów przebywających na leczeniu w Ośrodku Leczniczo – Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” sp. z o.o. a w szczególności do następujących czynności higienicznych i pielęgnacyjnych:

- a) dbania o bezpieczeństwo i wygodę chorego,
- b) opieki nad chorym pacjentem oraz w razie pogorszenia stanu zdrowia organizacji pomocy,
- c) pomocy pielęgniarki w czynnościach, w których jest niezbędna asysta drugiej osoby m.in. przy wykonywaniu iniekcji, podawaniu leków, wykonywaniu zabiegów,
- d) pomocy pielęgniarki w zastosowaniu względem pacjentów (ZPOP) przymusu bezpośredniego, zgodnie z posiadanymi w tym zakresie uprawnieniami,
- e) wykonywania czynności koniecznych do należytego pielęgnowania pacjentów, m.in. pomocy w myciu, ubieraniu się, codziennej kąpieli,
- f) udzielania pomocy pacjentom przy zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych,
- g) informowania dyżurującej pielęgniarki o obserwowanych objawach i dolegliwościach pacjentów,
- h) wykonywania zabiegów i czynności zleconych przez lekarzy Ośrodka,
- i) pomocy pielęgniarki przy udzielaniu pomocy w nagłych przypadkach zagrożenia utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjentów zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i obowiązującymi standardami medycznymi,
- j) pomocy niższemu personelowi medycznemu w utrzymaniu czystości sal chorych,
- k) realizacji bieżących zaleceń Udzielającego zamówienia.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że spełnia wymogi pozwalające mu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy oraz posiada uprawnienia do wykonywania czynności opiekuna medycznego, ukończył
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.

§ 3

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

§ 4

1. Ilość, czas oraz terminy dot. wykonywania usług opiekuna medycznego uzależnione są od bieżących potrzeb Udzielającego zamówienie, ustalane przez Udzielającego zamówienie w miesięcznych harmonogramach. Świadczenia usług o których mowa w § 1 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 zamówienia.

§ 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. 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 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. Naruszenie ich rodzi odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie za niewykonanie lub nienależyte wykonanie niniejszej umowy.
4. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe przy nienależytym i niewłaściwym wykonywaniu czynności opiekuna medycznego oraz bieżących zaleceń Udzielającego zamówienia.
5. Udzielający zamówienia nie odpowiada za długi jakie Przyjmujący zamówienie zaciągnie w celu właściwego wykonania usługi.
6. W trakcie wykonywania niniejszej umowy, Przyjmującemu zamówienie nie wolno używać we własnym interesie rzeczy i pieniędzy Udzielającego zamówienia.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest informować Udzielającego zamówienia o przebiegu wykonania usług opiekuna medycznego. 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.
8. 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

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.

§ 8

1. Za świadczone usługi Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie stanowiące iloczyn sumy godzin wykonanych usług oraz ceny jednostkowej wynoszącejzł 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 dyżurów potwierdzony przez Udzielającego zamówienia, najpóźniej do trzech dni roboczych po zakończeniu miesiąca, którego rozliczenie dotyczy (wzór rejestru stanowi załącznik do niniejszej umowy).
4. Należność za wykonane czynności opiekuna medycznego obliczone 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, o której mowa w ust. 2 nastąpi w terminie 14 dni od daty złożenia zweryfikowanego dokumentu rozliczeniowego – rejestru dyżurów.
6. Udzielający zamówienia będzie wypłacał należności za zrealizowane świadczenia na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienia prowadzony w

§ 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 naruszenia 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 w 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

Spory wynikające z niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd 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) 2)

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Rejestr pobytów opiekuna medycznego w *WZÓR*

Pan/Pani *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 pielęgniarki udzielającej świadczenia pielęgniarskie (podpis i data)	potwierdzenie pobytu pielęgniarki dokonane przez pielęgniarkę oddziałową lub innego pracownika wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienia
Razem						

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

