

**Znak sprawy: 19/2020/KO**

**SZCZEGÓŁOWE  
WARUNKI KONKURSU OFERT  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**CPV     85121200 - 5 specjalistyczne usługi medyczne  
         85112200-9 Usługi leczenia ambulatoryjnego  
         85150000-5 Usługi obrazowania medycznego**

*Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. z 2015r, poz.618), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.:Dz.U z 2015r.poz.581).*

Zatwierdzam 01.12.2020r.:

Prezes Zarządu

/-/Michał Stelmański

## **I. Podstawowe zasady przeprowadzania Konkursu Ofert.**

1. Oferta skierowana jest do podmiotów dysponujących osobami o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w zakresie objętym postępowaniem konkursowym.
2. Korespondencja dotycząca Konkursu powinna być kierowana przez Oferenta na adres: Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz, 05-462 Wiązowna, oznaczona nr sprawy 19/2020/KO.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert.
4. O odwołaniu konkursu i przesunięciu terminu otwarcia ofert Udzielający zamówienia poinformuje oferentów zawiadomieniem umieszczonym na stronie internetowej [www.centrumzagorze.pl](http://www.centrumzagorze.pl) i tablicy ogłoszeń.
5. Udzielający zamówienia zezwala na składanie ofert częściowych.

## **II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w zakresie: konsultacji udzielanych przez lekarzy specjalistów w Poradniach specjalistycznych Oferenta, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją oraz wykonywania badań diagnostycznych TK, MRI, RTG, USG w Pracowniach Oferenta.

Przedmiot zamówienia został podzielony na następujące części:

### **Część 1**

Konsultacje udzielane przez lekarzy specjalistów: chirurg, laryngolog, dermatolog, okulista, ginekolog, stomatolog.

### **Część 2**

Konsultacje udzielane przez lekarzy specjalistów (chirurg, endokrynolog, kardiolog) oraz świadczenia udzielane w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego nie zakończone hospitalizacją dla pacjentów do 18 roku życia.

### **Część 3**

Badania diagnostyczne: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny.

### **Część 4**

Badania diagnostyczne: USG.

### **Część 5**

Badania diagnostyczne: RTG

### **Część 6**

Konsultacje chirurgii urazowo-ortopedycznej dla pacjentów: do 18 roku życia i po 18 roku życia.

Oraz wykonanie badań diagnostycznych, niezbędnych do postawienia diagnozy, płatnych według cennika obowiązującego u Przyjmującego zamówienie.

Dostępność świadczeń: Poradnie specjalistyczne – w godzinach pracy poradni, Pracownie diagnostyczne – w godzinach pracy Pracowni diagnostycznych, Szpitalny Oddział Ratunkowy – niezwłocznie. Czas oczekiwania na konsultację specjalistyczną nie może być dłuższy niż 3 dni robocze.

Ilości wykazane w formularzach ofertowych są ilościami szacunkowymi, które mogą ulec zmianie w związku z tym w przypadku ich niewykorzystania podczas trwania umowy nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń.

Kod CPV: 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne  
85112200-9 Usługi leczenia ambulatoryjnego.

### III. Zawartość oferty

1. decyzja o wpisie/wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
2. aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centrali ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
3. kopia opłaconej polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z opisem przedmiotu zamówienia (polisa +przelew).
4. Oświadczenie, że pracownicy Przyjmującego zamówienie posiadają kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania świadczeń objętych przedmiotowym postępowaniem.
5. Cennik pozostałych świadczeń zdrowotnych, oraz badań nie określonych niniejszą umową świadczonych przez Wykonawcę.

oraz

#### **Formularz oferty – zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych warunków.**

Wymienione wyżej za wyjątkiem Oświadczenia wykonawcy mogą być złożone w formie oryginału lub w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

### IV. Termin wykonania zamówienia – od dnia 01 stycznia 2021r. do dnia 31 grudnia 2022r.

### V. Obowiązki Oferenta i sposób przygotowania oferty.

1. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Wykonawca.
2. Oferta powinna być złożona w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami wymienionymi w rozdziale III, na formularzu oferty wg wzoru stanowiącego załącznik do niniejszych warunków.
3. Oferta oraz wszystkie dokumenty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.
4. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Wykonawcę. Poprawki mogą być dokonywane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok zapisu poprawnego.
5. Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub zamiarze wycofania oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
6. Ofertę z wprowadzonymi zmianami oznacza się dopiskiem – Zmiana oferty – i składa zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert.
7. Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Wykonawcę należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

#### **Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**Nr.spr.19/2020/KO**

**Nie otwierać przed 09 grudnia 2020r. godz.10:10**

**Część 1,2,3,4,5,6 (proszę zaznaczyć odpowiednią część/części)**

i dostarczyć do siedziby Zamawiającego - Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz, 05-462 Wiązowna, Sekretariat, (II p.pokój 54) Budynek Zespołu Szkół Specjalnych.

8. W przypadku, gdy Wykonawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa Wykonawcę do usunięcia braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
9. Jeżeli oferta wpłynie do siedziby Udzielającego zamówienia po terminie otwarcia

ofert, zostanie zwrócona bez otwierania oferentowi.

## **VI. Kryterium oceny ofert**

### **1. Kryterium oceny ofert:**

70% - cena brutto oferty.

30% - odległość od siedziby Udzielającego zamówienia

0-15 km – 30%, 0-30 km - 10%, powyżej 30 km. – 0 pkt.

W ramach przedstawionego wyżej kryterium, Wykonawcy będą przyznawane punkty w skali od 0 do 100.

Wszystkie obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Ocena ofert dokonywana będzie według następującego wzoru :

**$W_x = (C_{min} : C_x) \times 100 \times \text{waga kryterium}$**

gdzie:

**$W_x$**  - ilość punktów przyznanych danej ofercie za cenę lub odległość ,

**$C_{min}$**  - cena minimalna ( z VAT ) zaoferowana w konkursie

**$C_x$**  - cena podana przez Wykonawcę dla którego wynik jest obliczany

2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów.

## **VII. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć w Sekretariacie (II p.pokój 54) **Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu k/W-wy 05-462 Wiązowna**, - (Budynek Zespołu Szkół Specjalnych) lub przesać pocztą na w/w adres do dnia **09 grudnia 2020 r. do godz. 10:00.**

2. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli wpłynie do siedziby Udzielającego zamówienie przed upływem terminu składania ofert.

## **VIII. Miejsce i termin otwarcia ofert.**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zagórzu, gm. Wiązowna, Sekcja Zamówień Publicznych, Budynek D w dniu **09 grudnia 2020r. o godz. 10:10.**

2. Do chwili otwarcia ofert, Udzielający zamówienia przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.

3. Komisja Konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału Oferentów.

4. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie.

## **IX. Termin związania ofertą.**

1. Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni.

2. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert

## **X. Udzielania wyjaśnień.**

1. Oferent może zwracać się do Udzielającego zamówienie o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty.

2. Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

1) w sprawach merytorycznych:

Dyrektor ds. medycznych lek.med. Zofia Łysiak tel.22 468 2575 lub Z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa mgr Alicja Gos, tel. 22 468 2566

2) w sprawach formalnych: Hanna Gadoś, tel.22 468 2453

w godzinach: od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 14:00.

## **XI. Środki odwoławcze przysługujące Oferentom.**

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.
9. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
10. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - 1) wybór trybu postępowania;
  - 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
  - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

### **XIII. Zawarcie umowy.**

1. Oferent, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o miejscu i terminie podpisania umowy.
2. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

### **XIV. KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy wypełniając obowiązki informacyjne towarzyszące zbieraniu danych osobowych określone w art. 13 oraz art. 14 rozporządzenia 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) Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r. zwane dalej rozporządzeniem, w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych (przedsiębiorców), osób fizycznych reprezentujących podmiot biorący udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia, oraz osób fizycznych wskazanych przez ten podmiot jako osoby do kontaktu, osoby wskazane w ofercie oraz osoby odpowiedzialne za wykonywanie czynności w ramach prowadzonego postępowania i udzielenia zamówienia, podaje następujące informacje:

1. Administratorem jest Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna.
2. Dane kontaktowe w sprawach dotyczących danych osobowych: email: [iod@centrumzagorze.pl](mailto:iod@centrumzagorze.pl)  
adres do korespondencji: Inspektor Danych Osobowych Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu (celach) niezbędnym do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, polegających na:
  - 1) przeprowadzeniu postępowania i udzieleniu zamówienia poprzez zawarcie umowy,
  - 2) realizacji zawartej umowy;
  - 3) obsługi wynagrodzenia i innych świadczeń;
  - 4) ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
  - 5) sprawozdawczych, statystycznych, archiwalnych oraz innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

Kategoria przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe - imię, nazwisko, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu/faksu, służbowy adres email, a także dane identyfikujące wykonawcę biorącego udział w prowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia, tj. nazwę

wykonawcy, siedzibę i adres wykonawcy, REGON, NIP, PESEL, adres zamieszkania, adres strony internetowej - jeżeli dane te zostały przez wykonawcę podane Mazowieckiemu Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia.

Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych: art. 6 ust. 1 lit. b, c, f rozporządzenia.

4. Odbiorcami danych osobowych będą podmioty:

- 1) upoważnione na podstawie decyzji administracyjnych, orzeczeń sądowych, tytułów wykonawczych;
- 2) którym przekazanie danych osobowych następuje na podstawie wniosku lub zgody;
- 3) którym administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych;
- 4) inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

Odbiorcami danych osobowych będą również osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 z późn. zm.).

5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana lub postępowanie o udzielenie zamówienia zostało zakończone bez zawarcia umowy, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np.: z uwagi na obowiązki archiwizacyjne, dochodzenie roszczeń lub inny obowiązek wymagany przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego.

6. Osoba, od której zbierane są jej dane osobowe ma prawo do:

- 1) na podst art. 15 RODO dostępu do swoich danych osobowych;
- 2) na podst. art. 16 RODO sprostowania swoich danych osobowych ;
- 3) na podst art. 18 RODO ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO ;
- 4) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ,gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

7. W stosunku do podanych danych nie przysługuje:

- 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e rozporządzenia prawo do usunięcia danych osobowych,
- 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 rozporządzenia,
- 3) na podstawie art. 21 rozporządzenia prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c rozporządzenia.

8. Podstawą przetwarzania danych jest prowadzenie postępowania lub wykonywanie umowy, a także wymogi ustawowe.

9. Podanie danych osobowych, o których mowa powyżej, jest wymagane do przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia i zawarcia umowy. Wniesienie żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych skutkuje obowiązkiem po stronie przedsiębiorcy niezwłocznego wskazania innej osoby w miejsce osoby żądającej ograniczenia przetwarzania jej danych osobowych.

10. Dane osobowe będą przetwarzane w formie papierowej i przy wykorzystaniu systemów informatycznych oraz chronione będą zgodnie z wymogami rozporządzenia.

11. Dane osobowe nie będą:

- 1) profilowane;
- 2) przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

12. W przypadku udostępnienia do Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna przez podmiot biorący udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia, będący adresatem niniejszego pisma, danych osobowych swoich pracowników, pełnomocników, członków zarządu, wspólników, współpracowników, kontrahentów, dostawców, beneficjentów rzeczywistych lub innych osób, Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna prosi o poinformowanie tych osób:

- 1) o zakresie danych osobowych dotyczących tych osób, a przekazanych Mazowieckiemu Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna,
- 2) o tym, że Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy,

05-462 Wiązowna jest administratorem ich danych osobowych oraz ,że przetwarza ich dane osobowe na zasadach określonych powyżej,

3) o tym, że ww. Podmiot jest źródłem, od którego Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii

Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz k/Warszawy, 05-462 Wiązowna pozyskał ich dane.

Powyższych informacji nie podaje się ponownie, jeżeli osoba od której zbierane są dane osobowe dysponuje już tymi informacjami.

**Załączniki :**

1. Formularz oferty
2. Wzór Oświadczenia
3. Projekt umowy
4. Oświadczenie dot.RODO

Sporządziła: H.Gadoś

Nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

TEL./FAX, e-mail

.....

NIP.....REGON.....

### **Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych: konsultacji lekarzy specjalistów, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją, oraz badań diagnostycznych (TK,MRI,USG,RTG)** dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórzku k/W-wy, 05-462 Wiązowna , nr spr. 19/2020/KO składamy ofertę:

#### **Część 1. Konsultacje udzielane przez lekarzy specjalistów**

Przedmiot zamówienia	Cena za 1 konsultację/ świadczenie	Ilość	Wartość brutto
Konsultacje chirurgiczne		10	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacje laryngologiczne		10	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacje dermatologiczne		10	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacje okulistyczne		10	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacje ginekologiczne		20	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacje /wizyty stomatologiczne * <i>Należy załączyć cennik usług</i>	xxxxxxxxxxxxx	15	Wartość brutto xxxxxxxxxxxxxxxxx
<b>Razem</b>			<b>Wartość brutto</b> ..... zł.

Wartość brutto słownie:.....

.....zł.

#### **Oświadczamy, że:**

1. Zapoznałam/em się projektem Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,
2. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów



z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć )

Nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

TEL./FAX, e-mail

.....

NIP.....REGON.....

**Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych: konsultacji lekarzy specjalistów, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją, oraz badań diagnostycznych (TK,MRI,USG,RTG)** dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórzku k/W-wy, 05-462 Wiązowna , nr spr. 19/2020/KO składamy ofertę:

**Część 2. Konsultacje udzielane przez lekarzy specjalistów, świadczenia udzielane w ramach SOR nie zakończone hospitalizacją dla osób do 18 roku życia**

Przedmiot zamówienia	Cena za 1 konsultację/ świadczenie	Ilość	Wartość brutto
Konsultacje chirurgiczne		20	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacje endokrynologiczne		10	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacje kardiologiczne		20	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacje laryngologiczne		15	Wartość brutto ..... zł.
Świadczenia udzielane w ramach SOR nie zakończone hospitalizacją ( w tym konsultacja lekarska, podstawowe badania laboratoryjne, RTG ).		60	Wartość brutto ..... zł.
<b>Razem</b>			<b>Wartość brutto</b> ..... zł.

Wartość brutto słownie:.....  
.....zł.

**Oświadczamy, że:**

1. Zapoznałam/em się projektem Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,
2. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć )

Nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

TEL./FAX, e-mail

.....

NIP.....REGON.....

**Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych: konsultacji lekarzy specjalistów, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją, oraz badań diagnostycznych (TK,MRI,USG,RTG)** dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórzku k/W-wy, 05-462 Wiązowna , nr spr. 19/2020/KO składamy ofertę:

**Część 3. Badania diagnostyczne TK, MRI**

Przedmiot zamówienia	Cena za 1 badanie	Ilość	Wartość brutto
Tomografia komputerowa bez kontrastu		25	Wartość brutto ..... zł.
Tomografia komputerowa z kontrastem* w tym kontrast 50 ml. lub inna najmniejsza dawka podawana przy badaniu. tj.....ml.  i 2 kolejne dawki .....cena.....zł.  .....cena .....zł.  <b>lub</b> Tomografia komputerowa z kontrastem –niezależnie od podanej dawki (ryczałt)* <b>*należy wybrać opcję</b>		20	Wartość brutto ..... zł.
Znieczulenie do TK /szt .		10	Wartość brutto ..... zł.
Rezonans magnetyczny bez kontrastu		75	Wartość brutto ..... zł
Rezonans magnetyczny z kontrastem*		35	

w tym kontrast 2,5 ml. lub inna najmniejsza dawka podawana przy badaniu. tj.....ml. i 2 kolejne dawki .....cena.....zł. .....cena .....zł. lub Rezonans magnetyczny z kontrastem niezależnie od podanej dawki (ryczałt)*  <b>*należy wybrać opcję</b>			Wartość brutto ..... zł
Znieczulenie do MRI /szt .		15	Wartość brutto ..... zł
<b>Razem</b>			<b>Wartość brutto</b> ..... zł.

Wartość brutto słownie:.....  
.....zł.

**Oświadczamy, że:**

1. Zapoznałam/em się projektem Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,
2. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć )

Nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

TEL./FAX, e-mail

.....

NIP.....REGON.....

**Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych: konsultacji lekarzy specjalistów, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją, oraz badań diagnostycznych (TK,MRI,USG,RTG)** dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórzku k/W-wy, 05-462 Wiązowna , nr spr. 19/2020/KO składamy ofertę:

**Część 4. Badania diagnostyczne USG**

Przedmiot zamówienia	Cena za 1 badanie	Ilość	Wartość brutto
Usg przezciemiączkowe		600	Wartość brutto ..... zł.
USG tkanek miękkich		5	Wartość brutto ..... zł.
USG szyi		5	Wartość brutto ..... zł.
USG piersi		5	Wartość brutto ..... zł.
USG brzucha		5	Wartość brutto ..... zł.
USG narządu rodowego		6	Wartość brutto ..... zł.
USG ciąży		5	Wartość brutto ..... zł.
<b>Razem</b>			<b>Wartość brutto</b> ..... zł.

Wartość brutto słownie:.....  
.....zł.

**Oświadczamy, że:**

1. Zapoznałam/em się projektem Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,

2. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć )

Nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

TEL./FAX, e-mail

.....

NIP.....REGON.....

**Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych: konsultacji lekarzy specjalistów, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją, oraz badań diagnostycznych (TK,MRI,USG,RTG)** dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórzku k/W-wy, 05-462 Wiązowna , nr spr. 19/2020/KO składamy ofertę:

**Część 5 Badania diagnostyczne RTG**

Przedmiot zamówienia	Cena za 1 badanie	Ilość	Wartość brutto
RTG kręgosłupa Th na skoliozę 2 zdjęcia		70	Wartość brutto ..... zł.
RTG kręgosłupa Th na skoliozę 1 zdjęcie		15	Wartość brutto ..... zł.
TRG stawów biodrowych do 14 lat 2 zdjęcia		150	Wartość brutto ..... zł.
RTG kręgosłupa szyjnego AP + boczne 2 zdjęcia		10	Wartość brutto ..... zł.
RTG czaszki AP + boczne 2 zdjęcia		10	Wartość brutto ..... zł.
<b>Razem</b>			<b>Wartość brutto</b> ..... zł.

Wartość brutto słownie:.....  
.....zł.

**Oświadczamy, że:**

1. Zapoznałam/em się projektem Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,
2. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729)



i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć )

Nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

TEL./FAX, e-mail

.....

NIP.....REGON.....

**Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych: konsultacji lekarzy specjalistów, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją, oraz badań diagnostycznych (TK,MRI,USG,RTG)** dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórzku k/W-wy, 05-462 Wiązowna , nr spr. 19/2020/KO składamy ofertę:

**Część 6****Konsultacje chirurgii urazowo-ortopedycznej dla pacjentów: do 18 roku życia i po 18 roku życia**

Przedmiot zamówienia	Cena za 1 konsultację/ świadczenie	Ilość	Wartość brutto
Konsultacja lekarska chirurgii urazowej dla pacjentów do 18 roku życia		50	Wartość brutto ..... zł.
Konsultacja lekarska chirurgii urazowej dla pacjentów powyżej 18 roku życia		40	Wartość brutto ..... zł.
<b>Razem</b>			<b>Wartość brutto</b> ..... zł.

Wartość brutto słownie:.....  
.....zł.

\* **Uwaga :** Należy wypełnić części na które Oferent składa ofertę, pozostałe należy pozostawić nie wypełnione lub przekreślić.

**Oświadczamy, że:**

1. Zapoznałam/em się projektem Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,
2. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów

z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć )

Nazwa Wykonawcy

.....

Adres Wykonawcy

.....

TEL./FAX, e-mail

.....

## O Ś W I A D C Z E N I E

**Nr spr.19/2020/KO**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych: konsultacji lekarzy specjalistów, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją, oraz badań diagnostycznych (TK,MRI,USG,RTG) dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórzku k/W-wy, 05-462 Wiązowna**

Oświadczam, że wszystkie osoby, które będą brały udział przy wykonywaniu zamówienia w cz.1,2,3,4,5,6\* posiadają przewidziane prawem uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

.....  
(miejscowość, data )

.....  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania)

\* zaznaczyć odpowiednio

### **Istotne postanowienia umowy (projekt) dla części 1,3-6**

Zawarta w dniu.....w Zagórzu pomiędzy:

Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórzu, 05-462 Wiązowna, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st.W-wy XIV Wydz. Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego w Warszawie pod nr KRS 0000336643, posiadająca NIP 532-20-02-036, REGON 142011670, reprezentowana przez:

.....,  
zwana dalej „UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA”, a

.....  
zwane dalej „PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE”  
zwane łącznie Stronami.

#### **§ 1**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie .....
2. Rozliczenie za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej będzie prowadzone według poniższych zasad:
  - a) koszt 1 konsultacji/badania wynosi:..... wg wykazu Formularz ofertowy, który stanowi załącznik nr 1 do umowy.
  - b) koszty badań diagnostycznych niezbędnych w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową rozliczane będą wg. obowiązującego u Przyjmującego zamówienie cennika, stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.
3. Podstawą do wykonania badania będzie skierowanie wystawione przez Udzielającego zamówienia, które zachowuje ważność przez 30 dni od daty wystawienia, chyba, że zapis na nim dokonany, potwierdzony stosownym podpisem stanowi inaczej.

#### **§ 2**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie, oraz sprzęt medyczny, który przez okres obowiązywania umowy będzie posiadać aktualne wymagane przepisami prawa certyfikaty, atesty i przeglądy.
2. Od momentu przyjęcia pacjenta Przyjmujący zamówienie przejmuje na siebie odpowiedzialność za wykonanie zleconych usług zasadach wynikających z kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018r.poz.160), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
3. Wykonawca udziela świadczeń o których mowa w par.1 we własnej siedzibie w.....

#### **§ 3**

1. Z tytułu niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma miesięczne wynagrodzenie w kwocie brutto, obliczone na podstawie faktycznych ilości, oraz rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
2. Podstawą wypłaty należności, o której mowa w ust. 1 będzie faktura przedkładana Udzielającemu zamówienia najpóźniej do 7 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni wraz z imiennym wykazem pacjentów, oraz wykazem udzielonych im świadczeń.
3. Wypłata wynagrodzenia, o którym mowa w ust.1 nastąpi przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze w terminie 30 dni od dnia doręczenia Udzielającemu zamówienia kompletnych dokumentów rozliczeniowych.
4. Strony za dzień zapłaty wskazują dzień uznania rachunku Udzielającego zamówienia.

#### **§ 4**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że wykonywane przez niego świadczenia zdrowotne na podstawie umów z innymi zakładami opieki zdrowotnej i osobami fizycznymi nie będą ograniczały realizacji obowiązków określonych niniejszą umową.

#### **§ 5**

W okresie wykonywania umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej swym zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy. Kserokopia polisy OC stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

#### **§ 6**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych.
2. Dokumentacja medyczna pacjentów będzie udostępniona przez Przyjmującego zamówienie nieodpłatnie we wszystkich formach udostępniania wskazanych w art.27 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta za uprzednią pisemną zgodą pacjentów upoważnionym przedstawicielom Udzielającego zamówienia, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia prośby o udostępnienie tej dokumentacji.
3. Wyniki badań będą doręczone bezpośrednio przedstawicielowi Udzielającemu zamówienia lub przesyłane drogą pocztową.

#### **§ 7**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Udzielającego zamówienia w czasie wykonywania niniejszej umowy informacji podlegających ochronie, a w szczególności danych osobowych, jednostek chorobowych pacjentów oraz wyników badań zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j.**Dz.U. z 2016r. poz.922**) oraz rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzanych danych osobowych, oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004r.nr 100,poz.1024).
2. W przypadku naruszenia obowiązku określonego w ust.1 Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego.

#### **§ 8**

Przyjmujący zamówienia zobowiązuje się do poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie określonym w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia (Dz. U z 2017 poz.1938) oraz udostępni prowadzoną zgodnie z przepisami dokumentację medyczną.

## **§ 9**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia na portalu NFZ System Zarządzania Obiegiem Informacji konta podwykonawcy, w którym będą odnotowane informacje dotyczące faktów związanych z działaniem Przyjmującego zamówienia jako podwykonawcy Udzielającego zamówienia w świadczeniu usług zdrowotnych na rzecz NFZ.

## **§ 10**

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia.....

## **§ 11**

1. W przypadku zmiany formy prawnej Udzielającego zamówienia, zastrzega on sobie prawo rozwiązania umowy z zachowaniem 14 dniowego okresu wypowiedzenia bez ponoszenia z tego tytułu odpowiedzialności materialnej.
2. Jeżeli przedmiot umowy będzie wykonywany przez Przyjmującego zamówienie w sposób wadliwy lub sprzeczny z umową, Udzielający zamówienia może odstąpić od umowy powierzając poprawienie lub dalsze wykonanie przedmiotu umowy innej osobie lub podmiotowi na koszt Przyjmującego zamówienia.

## **§ 12**

Każdej ze stron przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

## **§ 13**

1. Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo natychmiastowego rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w razie, gdy Przyjmujący zamówienie dopuści się naruszenia istotnych postanowień umowy.
2. Podstawę rozwiązania umowy może stanowić w szczególności:
  - a) utrata przez Przyjmującego zamówienie uprawnień koniecznych do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową,
  - b) wykonanie świadczeń w sposób stanowiący zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów,
  - c) nie wykonanie zleconych świadczeń lub nieodpowiednia jakość świadczeń.

## **§ 14**

Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności należnych mu od Udzielającego zamówienia na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego Zamówienie.

## **§ 15**

Zmiany umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej w formie aneksu pod rygorem nieważności.

## **§ 16**

Ewentualne spory, które mogłyby powstać na tle wykonywania niniejszej umowy strony starają się rozstrzygnąć w drodze polubownego postępowania, w przeciwnym razie poddają je rozstrzygnięciu sądowi właściwemu dla siedziby Udzielającego zamówienia.

## **§ 17**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

## Istotne Postanowienia Umowy (wzór) dla części 2

Zawarta w dniu .....w Zagórzu pomiędzy:

**Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórz, 05-462 Wiązowna**, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st.W-wy XIV Wydz. Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego w Warszawie pod nr KRS 0000336643, posiadająca NIP 532-20-02-036, REGON 142011670, reprezentowana przez:

Prezesa Zarządu - Michała Stelmańskiego,  
zwana dalej „UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA”,  
a

.....  
wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy .....Wydział  
Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego w Warszawie pod nr KRS .....  
posiadająca NIP....., REGON....., reprezentowana przez:

.....  
zwane dalej „PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE”  
zwane łącznie Stronami.

Umowa została zawarta na podstawie art. 26 ust.3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r.  
o działalności leczniczej (tekst jedn.Dz.U z 2018r. poz.).

### § 1

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji udzielanych przez lekarzy specjalistów oraz świadczeń w SOR dla osób do 18 roku życia.
2. Rozliczenie za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej będzie prowadzone według poniższych zasad:
  - d) koszt 1 konsultacji/badania ( konsultacja chirurgiczna, endokrynologiczna, kardiologiczna, laryngologiczna, chirurgii urazowej) wynosi: ....., wg wykazu Formularz ofertowy, który stanowi załącznik nr 1 do umowy.
  - e) koszt usługi w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym nie zakończonej hospitalizacją na którą składa się: konsultacja lekarska, podstawowe badania laboratoryjne oraz RTG, za wyjątkiem badań diagnostycznych angiografii, badań naczyniowych, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego wynosi: .....
  - f) koszty badań diagnostycznych niezbędnych w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową rozliczane będą wg. obowiązującego u Przyjmującego zamówienie cennika, stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.
- 3.Podstawą do wykonania badania będzie skierowanie wystawione przez Udzielającego zamówienie, które zachowuje ważność przez 30 dni od daty wystawienia, chyba, że zapis na nim dokonany, potwierdzony stosownym podpisem stanowi inaczej.

### § 2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie, oraz sprzęt medyczny, który przez okres obowiązywania umowy będzie posiadać aktualne wymagane przepisami prawa certyfikaty, atesty i przeglądy.



2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie objętym niniejszą umową ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie zgodnie z art.27 ust.7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t.j.DZ.U. z 2017r.poz.1938).
3. Wykonawca udziela świadczeń o których mowa w § 1 ust.1 i 2 we własnej siedzibie .....

### § 3

1. Z tytułu niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma miesięczne wynagrodzenie w kwocie brutto, obliczone na podstawie faktycznych ilości oraz rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
2. Podstawą wypłaty należności, o której mowa w ust. 1 będzie faktura przedkładana Udzielającemu zamówienia najpóźniej do 7 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni wraz z imiennym wykazem pacjentów oraz wykazem udzielonych im świadczeń.
3. Wypłata wynagrodzenia, o którym mowa w ust.1 nastąpi przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze w terminie 30 dni od dnia doręczenia Udzielającemu zamówienia kompletnych dokumentów rozliczeniowych.
4. Strony za dzień zapłaty wskazują dzień obciążenia rachunku Udzielającego zamówienia.

### § 4

Łączne wynagrodzenie brutto w okresie obowiązywania umowy nie może przekroczyć kwoty.....

### § 5

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że wykonywane przez niego świadczenia zdrowotne na podstawie umów z innymi zakładami opieki zdrowotnej i osobami fizycznymi nie będą ograniczały realizacji obowiązków określonych niniejszą umową.

### § 6

W okresie wykonywania umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej swym zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy. Kserokopia polisy OC stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

### § 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych.
2. Dokumentacja medyczna pacjentów będzie udostępniona przez Przyjmującego zamówienie nieodpłatnie we wszystkich formach udostępniania wskazanych w art.27 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta za uprzednią pisemną zgodą pacjentów upoważnionym przedstawicielom Udzielającego zamówienia, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia prośby o udostępnienie tej dokumentacji.
3. Wyniki badań będą doręczone bezpośrednio przedstawicielowi Udzielającemu zamówienia lub przesyłane drogą pocztową.

### § 8

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy uzyskanych od Udzielającego zamówienia w czasie wykonywania niniejszej umowy informacji podlegających ochronie, a w szczególności danych osobowych, jednostek chorobowych pacjentów oraz wyników badań zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (**tekst jedn. Dz.U. z 2016r.poz.922**) oraz rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzanych danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U.z 2004r.nr 100,poz.1024).

2. W przypadku naruszenia obowiązku określonego w ust.1 Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach kodeksu cywilnego.

## **§9**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie określonym w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych . (Dz.U.2017 poz.1938) oraz udostępni prowadzoną zgodnie z przepisami dokumentację medyczną.

## **§ 10**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia na portalu NFZ System Zarządzania Obiegiem Informacji konta podwykonawcy, w którym będą odnotowane informacje dotyczące faktów związanych z działaniem Przyjmującego zamówienia jako podwykonawcy Udzielającego zamówienia w świadczeniu usług zdrowotnych na rzecz NFZ.

## **§ 11**

Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia .....** **do dnia .....**

## **§ 12**

1. W przypadku zmiany formy prawnej Udzielającego zamówienia, zastrzega on sobie prawo rozwiązania umowy z zachowaniem 14 dniowego okresu wypowiedzenia bez ponoszenia z tego tytułu odpowiedzialności materialnej.
2. Jeżeli przedmiot umowy będzie wykonywany przez Przyjmującego zamówienie w sposób wadliwy lub sprzeczny z umową, Udzielający zamówienia może odstąpić od umowy powierzając poprawienie lub dalsze wykonanie przedmiotu umowy innej osobie lub podmiotowi na koszt Przyjmującego zamówienia.

## **§ 13**

Każdej ze stron przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

## **§ 14**

1. Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo natychmiastowego rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w razie, gdy Przyjmujący zamówienie dopuści się naruszenia istotnych postanowień umowy.
2. Podstawę rozwiązania umowy może stanowić w szczególności:
  - a) utrata przez Przyjmującego zamówienie uprawnień koniecznych do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową,
  - b) wykonanie świadczeń w sposób stanowiący zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów,
  - c) nie wykonanie zleconych świadczeń lub nieodpowiednia jakość świadczeń.

## **§ 15**

Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności należnych mu od Udzielającego zamówienia na rzecz osób trzecich, bez zgody Udzielającego Zamówienie.

## **§ 16**

Zmiany umowy wymagają dla swojej ważności formy pisemnej w formie aneksu pod rygorem nieważności.

### **§ 17**

Ewentualne spory, które mogłyby powstać na tle wykonywania niniejszej umowy strony starają się rozstrzygnąć w drodze polubownego postępowania, w przeciwnym razie poddają je rozstrzygnięciu sądowi właściwemu dla siedziby Udzielającego zamówienia.

### **§ 18**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

.....

.....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu przedstawienia niniejszej oferty\*.

.....  
/podpis/

*\* W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 14 ust. 5 RODO .*

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o przysługujących mi prawach wynikających z art. 13 ust. 4 RODO we związku z pozyskaniem, przetwarzaniem i przechowywaniem przez Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzach moich danych osobowych.

.....  
/podpis/