

**Znak sprawy: 18/2025/KO**

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

***CPV 85121200 - 5 specjalistyczne usługi medyczne***

*Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024.799), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024.146).*

Zatwierdzam 25.02.2025r.

*Prokurent*

*Prezes Zarządu*

*/-/Małgorzata Sokół*

*/-/ 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 i oznaczona nr sprawy 18/2025/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 nie zezwala na składanie ofert częściowych.

## **II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi obejmującej pełnienie funkcji Kierownika Działu Farmacji Szpitalnej.

Do obowiązków Wykonawcy należy w szczególności wykonywanie zadań określonych w art.86 ust.2 pkt 1 i 4 ust.3 pkt 5,7,9 i 10 oraz ust.4 ustawy z dnia 06 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U z 2017r.poz.2211 ze zm.) tj.:

- 1) Organizowanie sukcesywnego zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze, wyroby medyczne, materiały medyczne,
- 2) Przyjmowanie, wydawanie, przechowywanie produktów leczniczych, wyrobów i materiałów medycznych,
- 3) Udzielanie informacji o działaniu i niepożądanym działaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych
- 4) Prowadzenie dokumentacji wstrzymanych i wycofanych z obrotu i stosowania produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 5) Prowadzenie ewidencji przychodów i rozchodów produktów leczniczych, wyrobów medycznych, materiałów medycznych, testów diagnostycznych i innych ze szczególnym uwzględnieniem środków odurzających i substancji psychotropowych,
- 6) Prowadzenie dokumentacji przekazanych do utylizacji przeterminowanych produktów leczniczych, wyrobów i materiałów medycznych.
- 7) Organizacja pracy w Dziale Farmacji Szpitalnej,
- 8) Realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej,
- 9) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.

Świadczenie przedmiotu zamówienia będzie odbywać się w Dziale Farmacji Szpitalnej w Józefowie, ul.3 Maja 127 w dni robocze od poniedziałku do piątku w wymiarze odpowiadającym liczbie godzin równej 1 etatowi miesięcznie od dnia 01 marca 2025r. do dnia 28 lutego 2027r.

### **Usługi będą realizowane zgodnie z aktualnymi potrzebami Udzielającego zamówienia.**

Zasady współpracy określone zostały we wzorze umowy, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszych warunków konkursu.

## **III. Obowiązki Oferenta i sposób przygotowania oferty.**

Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Oferent.

Oferta powinna być złożona w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi dokumentami i załącznikami wymienionymi w rozdziale IV, dokumentami, na formularzu oferty wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do SWKO.

Oferta oraz wszystkie dokumenty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „za zgodność

z oryginałem” przez Oferenta lub osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.

Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta. Poprawki mogą być dokonywane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok zapisu poprawnego.

Oferent 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.

Ofertę z wprowadzonymi zmianami oznacza się dopiskiem – Zmiana oferty – i składa zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert.

Ofertę wraz z załącznikami opatrzoną danymi Oferenta należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

.....  
(Dane składającego ofertę)

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nr. spr. 18/2025/KO**

**Nie otwierać przed 26.02.2025r. godz.10:10**

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 do dnia: **26.02.2025r. godz.10:00**

W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów, lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do uzupełnienia dokumentów w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Jeżeli oferta wpłynie do siedziby Udzielającego zamówienia po terminie otwarcia ofert, zostanie zwrócona bez otwierania oferentowi.

#### **IV. Oferta winna zawierać.**

Formularz oferty, oraz część szczegółową – zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych warunków.

Kopię aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów dnia 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia i dostarczenia kopii najpóźniej w przededniu podpisania umowy na świadczenia zdrowotne.

#### **Ponadto wymagane są kopie następujących dokumentów:**

w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:

decyzję o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych,

aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego wystawiony nie wcześniej

niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, oraz dokumenty potwierdzające ich kwalifikacje zawodowe ( pkt.b),

polisa O.C.

b)indywidualnych lub grupowych praktyk/w przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą:

-aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej strona [www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl)./aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

### **Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe:**

Z ofertą należy złożyć:

- 1) dyplom magistra farmacji ,
- 2) prawo wykonywania zawodu farmaceuty,
- 3) oświadczenie potwierdzające doświadczenie w pracy zawodowej na stanowisku kierownika działu farmacji szpitalnej min. 1 rok.

### **- polisa O.C.**

W przypadku braku polisy OC na dzień składania ofert, należy dołączyć zobowiązanie z którego treści będzie wynikało, że Przyjmujący zamówienie ubezpieczy się na sumę gwarantowaną zgodnie z Rozporządzeniem 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 dostarczy kserokopię najpóźniej w dniu podpisania umowy.

**Wymienione wyżej dokumenty (z wyjątkiem formularza oferty) należy dołączyć w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.**

**Uwaga:** dowodami w zakresie dokumentowania doświadczenia zawodowego są: referencje/ poświadczenie, oświadczenie – jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze przyjmujący zamówienie nie jest w stanie uzyskać poświadczenia. **W przypadku doświadczenia nabytego u Udzielającego zamówienia dopuszcza się złożenie Oświadczenia.**

### **V. Kryterium oceny ofert**

1. Kryterium oceny ofert: 100% cena.

Oferty będą ocenione na podstawie kryterium ceny w następujący sposób:

#### **Cena brutto oferty - waga 100 %**

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 ofercie ,

$C_{min}$  - cena minimalna ( z VAT ) zaoferowana w konkursie lub w części,

$C_x$  - cena ( z VAT ) podana przez Wykonawcę dla którego wynik jest obliczany.

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

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

Ofertę w zaklejonej kopercie należy złożyć/przesłać w Sekretariacie (II p. pokój 54) **Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz**u k/W-wy, 05-462 Wiązowna, (Budynek Zespołu Szkół Specjalnych) lub przesłać pocztą na w/w adres do dnia **26 lutego 2025r. godz.10:00**

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

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

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 **26 lutego 2025r. godz.10:00**.

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

Komisja Konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału Oferentów.

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

### **VIII. Termin związania ofertą.**

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

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

## **IX. Udzielanie wyjaśnień.**

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

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :

w sprawach merytorycznych: Dyrektor ds. medycznych lek.med. Jerzy Popek tel.22 4682575.

W sprawach formalnych: – mgr Hanna Gadoś tel. 22 468 24 53,

w godzinach: od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 14:30.

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

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.

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.

Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.

Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.

W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

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.

Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

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.

## **XII. Zawarcie umowy.**

Oferent, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o miejscu i terminie podpisania umowy.

Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

XIII. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

## **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, w tym w rozeznaniu rynku 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: e-mail: [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:

- przeprowadzeniu postępowania i udzieleniu zamówienia poprzez zawarcie umowy, realizacji zawartej umowy; obsługi wynagrodzenia i innych świadczeń; ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; 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. (w szczególności w formularzu ofertowym dla potrzeb rozeznania rynku).

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.

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) dostępu do swoich danych osobowych;
- 2) sprostowania swoich danych osobowych;
- 3) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
- 4) wniesienia skargi do organu nadzorczego.

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 w niniejszym piśmie, 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 :**

Formularz ofertowy

Projekt umowy

*Sporządziła: H. Gadoś*

.....  
(pieczęć oferenta)**Formularz ofertowy**  
**Spr. 18/2025/KO**

<b>I DANE OFERENTA</b>
Nazwa praktyki /Imię i nazwisko .....
adres .....
NIP..... REGON .....PESEL.....
Imię ojca.....imię matki .....nazwisko rodowe.....
..... Adres zamieszkania (należy wpisać w przypadku jeżeli jest inny niż adres prowadzenia działalności gospodarczej): .....
Kontakt : nr.telef:..... e-mail.....
1.Dokument uprawniający do wykonywania zawodu..... proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię (jeżeli dotyczy) )
2. Specjalizacja (jeżeli dotyczy).....
Dodatkowe kwalifikacje: .....
<b>II. OŚWIADCZENIE</b> Oświadczam, że:
1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na usługi medyczne oraz z materiałami konkursowymi i przyjmuję je bez zastrzeżeń,
2. Zapoznałam/em się projektem Umowy – Kontraktu zobowiązuje się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,
3. 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.
4. Oświadczam, że wypełniłam/am obowiązki informacyjne przewidziane w art.14 RODO wobec osób fizycznych od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskane w celu przedstawienia niniejszej oferty* (jeżeli dotyczy)
5. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej przetwarzaniu danych osobowych. 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 Zagórzu moich danych osobowych.
..... (czytelny podpis oferenta)



## II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

1. Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń .....

.....  
(proszę określić rodzaj świadczenia)

w

.....  
(miejsce udzielania świadczeń)

w czasie: od ..... do .....

ilość godz./ m-c.....

wynagrodzenie za 1 m-c.....zł. brutto.

Słownie:.....zł. brutto.

\*Wartość zamówienia ( wynagr. za 1 m-c. x ilość m-cy)= .....zł. brutto.

Słownie.....

.....zł. brutto.

.....  
( czytelny podpis/podpis i pieczęć oferenta)

**Do wyliczenia wartości zamówienia przyjęto ilości szacunkowe, które mogą ulec zmianie i nie mogą być podstawą**

### Projekt umowy

Niniejsza Umowa została zawarta w dniu ..... roku w Zagórzcu pomiędzy:  
**Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Zagórzcu**,  
pod adresem Zagórzcie k/Warszawy, 05-462 Wiązowna, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego  
Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział  
Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000336643, mającą nadany NIP: 532-20-02-036  
oraz REGON: 142011670, kapitał zakładowy w wysokości 12.085.500,00 zł,  
reprezentowaną przez: ..... zwaną w dalszej treści Umowy "**Zamawiającym**",  
a

.....  
zwanym w dalszej treści Umowy "**Wykonawcą**".

zwanymi dalej łącznie: "Stronami", a każdy odrębnie: "Stroną".

### § 1

#### Przedmiot umowy

1. Zamawiający powierza Wykonawcy, a Wykonawca zobowiązuje się w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej do świadczenia na rzecz Zamawiającego usług farmaceutycznych obejmujących prowadzenie Działu Farmacji Szpitalnej funkcjonującego u Zamawiającego.
2. Zamawiający powierza Wykonawcy, a Wykonawca przyjmuje na siebie obowiązek wykonywania funkcji Kierownika Działu farmacji szpitalnej.
3. Wykonawca oświadcza, że dysponuje odpowiednimi kwalifikacjami oraz uprawnieniami, a także wiedzą i doświadczeniem niezbędnymi do prawidłowej realizacji Umowy oraz zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania usług z wykorzystaniem aktualnej wiedzy farmaceutycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 2211), ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 1496).
4. Miejscem wykonywania niniejszej Umowy jest Dział Farmacji Szpitalnej zlokalizowany w Józefowie przy ul. 3-go Maja 127.

### § 2

#### Obowiązki Stron

1. Strony umowy postanawiają, że do obowiązków Wykonawcy należy w szczególności wykonywanie zadań określonych w art. 86 ust. 2 pkt 1 i 4, ust. 3 pkt 5, 7, 9 i 10 oraz ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 2211), tj.:
  - a) wydawanie, produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
  - b) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
  - c) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
  - d) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
  - e) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
  - f) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu;
  - g) udział w tworzeniu procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych na oddziały oraz dla pacjenta;
  - h) prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny, a ponadto:
  - i) prowadzenie ewidencji przychodów i rozchodów produktów leczniczych, wyrobów medycznych, materiałów medycznych, testów diagnostycznych i innych ze szczególnym uwzględnieniem środków odurzających i substancji psychotropowych,

- j) prowadzenie dokumentacji przekazanych do utylizacji przeterminowanych produktów leczniczych, wyrobów i materiałów medycznych,
  - k) nadzór nad funkcjonowaniem działu farmacji szpitalnej, w tym prowadzenie ewidencji zatrudnionych w dziale osób;
  - l) nadzór nad prawidłowością gospodarowania produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,
  - m) nadzór nad lekami odurzającymi i psychotropowymi,
  - n) organizacja pracy w dziale farmacji szpitalnej i nadzór nad pracownikami,
  - o) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej,
  - p) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.
2. Wykonawca zobowiązuje się również:
    - a) wykonywać usługi objęte niniejszą Umową, zgodnie z grafikiem pracy Działu Farmacji Szpitalnej w dni robocze od poniedziałku do piątku **w wymiarze do 160 godzin miesięcznie**,
    - b) wykonywać usługi objęte niniejszą Umową z należytą starannością, wykorzystując przy tym aktualną wiedzę, umiejętności oraz postęp w tym zakresie,
    - c) współpracować z personelem pielęgniarskim, lekarskim, a w razie konieczności wydawać stosowne zalecenia i nadzorować ich wykonanie
    - d) uczestniczyć w razie konieczności w spotkaniach zarządu, dyrekcji, kierowników oddziałów,
    - e) prowadzić stosowną dokumentację zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami mającymi zastosowanie do Zamawiającego,
    - f) przestrzegać przepisów BHP i p/poż. obowiązujących u Zamawiającego oraz innych przepisów porządkowych wydanych przez Zamawiającego,
    - g) korzystać ze sprzętu i pomieszczeń w sposób odpowiadający ich właściwościom i przeznaczeniu.
  3. Wykonawca zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
  4. Sprawozdanie, o którym mowa w ust.3 składane jest w terminie do piątego dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Sprawozdanie, po weryfikacji przepracowanych godzin zatwierdza Dyrektor ds. medycznych lub osoba przez niego upoważniona.
  5. Zamawiający zobowiązuje się, na czas trwania Umowy udostępnić Wykonawcy, wyłącznie w zakresie umożliwiającym prawidłową realizację przedmiotu Umowy, składniki majątkowe trwałe i jednorazowe stanowiące mienie Zamawiającego. Wykonawca będzie realizował niniejszą Umowę przy użyciu własnego sprzętu i własnych materiałów oraz składników udostępnionych przez Zamawiającego.
  6. Wykonawca, jako podmiot samodzielnie prowadzący działalność gospodarczą, we własnym zakresie i na własny koszt rozlicza się z organami podatkowymi, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, a także innymi podmiotami w zakresie należności publicznoprawnych.
  7. Wykonawca nie ma prawa przenoszenia bez zgody Zamawiającego (wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności) praw lub obowiązków wynikających z niniejszej Umowy w całości lub w części na osoby trzecie. W uzasadnionych przypadkach (np. choroba, zdarzenia losowe i innych odpowiednio udokumentowanych Wykonawca po uzyskaniu pisemnej akceptacji Zamawiającego może powierzyć obowiązki wynikające z niniejszej Umowy osobie trzeciej o równorzędnych kwalifikacjach i doświadczeniu.

### §3

#### Odpowiedzialność Wykonawcy

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność w związku z realizacją usług wynikających z niniejszej Umowy w zakresie odpowiedzialności cywilnej, zawodowej i karnej.
2. Wykonawca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług objętych Umową na kwotę nie mniejszą niż wymagana przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa. Kopia polisy OC stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy. Wykonawca zobowiązany jest przez cały okres trwania niniejszej Umowy utrzymywać sumę ubezpieczenia nie niższą niż w dniu zawarcia niniejszej Umowy lub wynikającą z odrębnych przepisów.
3. Za szkody wyrządzone w majątku Zamawiającego Wykonawca odpowiada w pełnej wysokości, jeżeli powstaną one z powodu zawinionego działania lub zaniechania Wykonawcy.
4. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkodę lub krzywdę wyrządzoną osobom trzecim przy realizacji niniejszej Umowy.

#### §4

##### Poufność i konkurencja

1. Wykonawca jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących działalności Zamawiającego jakie uzyska w związku z zawarciem i wykonywaniem niniejszej Umowy - przez cały czas jej trwania oraz po jej zakończeniu, oraz zobowiązuje się do ich nie udostępniania i nie przekazywania osobom trzecim bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego, chyba że obowiązek udostępnienia informacji wynika z obowiązujących przepisów.
2. W przypadku naruszenia postanowień zawartych w ust. 1, Zamawiający ma prawo rozwiązać niniejszą Umowę ze skutkiem natychmiastowym oraz domagać się zapłaty kary umownej w kwocie 5.000 zł.
3. Wykonawca zobowiązuje się w czasie trwania niniejszej Umowy do niepodejmowania pracy lub świadczenia usług w jednostkach konkurencyjnych w stosunku do Zamawiającego bez uzgodnienia z Zamawiającym.
4. W przypadku naruszenia postanowień zawartych w ust. 3, Zamawiający ma prawo rozwiązać niniejszą Umowę ze skutkiem natychmiastowym oraz domagać się zapłaty kary umownej w kwocie 10.000 zł.

#### §5

##### Wynagrodzenie

1. Z tytułu realizacji niniejszej Umowy, Wykonawca będzie otrzymywał od Zamawiającego wynagrodzenie miesięczne w wysokości ..... brutto za każdy miesiąc wykonania Usługi.
2. **Wartość umowy wynosi:** ..... słownie: ..... brutto.
3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, płatne będzie na podstawie faktury wystawianej przez Wykonawcę.
4. Wynagrodzenie, o którym mowa powyżej, będzie płatne przelewem na wskazany w prawidłowo wystawionej fakturze VAT rachunek bankowy Wykonawcy, w terminie 30 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowej faktury.

#### §6

##### Okres obowiązywania umowy

Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony .....

#### §7

##### Zasady rozwiązania Umowy

1. Zamawiający może rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku gdy Wykonawca rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w tym m.in. w przypadku:
  - a) utraty przez Wykonawcę koniecznych uprawnień do wykonywania Umowy, lub
  - b) przeniesienia przez Wykonawcę praw i obowiązków wynikających z Umowy na osoby trzecie bez pisemnej zgody Zamawiającego, lub
  - c) niedopełnienia przez Wykonawcę obowiązku ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług objętych Umową na kwotę nie mniejszą niż wymagana przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa lub
  - d) podjęcia działalności konkurencyjnej.
2. Wykonawca może rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku gdy Zamawiający, pomimo otrzymania prawidłowo wystawionej faktury od Wykonawcy, nie zapłaci należnego Wykonawcy wynagrodzenia w terminie do końca miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym upłynął termin zapłaty określony na fakturze. Warunkiem rozwiązania jest uprzednie wezwanie Zamawiającego do zapłaty oraz wyznaczenie mu dodatkowego, nie krótszego niż 14 dni, terminu zapłaty.
3. Niniejsza Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron z podaniem na piśmie ważnych powodów dotyczących niniejszej umowy za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia.
4. Umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem Stron.
5. Rozwiązanie umowy następuje w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

### **Kary umowne**

Za każdy przypadek nie wykonania lub nienależytego wykonania przez Wykonawcę obowiązków nałożonych niniejszą umową, Zamawiający może nałożyć na Wykonawcę karę umowną w wysokości 5% wynagrodzenia brutto należnego za miesiąc, w którym nastąpiło nie wykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków. Kwota ta zostanie potrącona z należnego Wykonawcy wynagrodzenia na co Wykonawca wyraża zgodę.

### **§9**

#### **Postanowienia końcowe**

1. Do spraw nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy Prawo farmaceutyczne, ustawy o izbach aptekarskich oraz inne właściwe przepisy.
2. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Spory powstałe na tle realizacji niniejszej Umowy rozstrzyga sąd powszechny właściwy dla siedziby Zamawiającego.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Udzielający zamówienia**

**Przyjmujący zamówienie**

Załącznik nr 1 do umowy

## MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ

za miesiąc ,rok.....

zgodnie z umową nr .....

(imię i nazwisko Wykonującego)

**(miejsce wykonywania świadczeń)**

Niniejszym stwierdzam, że praca określona w ww. umowie została wykonana w dniach:

Data	Godziny od – do*	Ilość godzin
<b>Razem</b>		

\* wykaz obejmuje pełne godziny

( podpis wykonującego pracę )

Stwierdzam wykonanie pracy

(podpis osoby upoważnionej)

