**Załącznik nr 1 do SWKO**

................................. .........................., dnia ..................

*/pieczęć adresowa Oferenta/ /Miejscowość/*

**Formularz oferty**

**Dotyczy postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na opisywaniu zdalnym badań z zakresu RTG przez okres 12 miesięcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta: |  |
| Adres (siedziba) Oferenta: |  |
| Województwo: |  |
| KRS: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Nr rachunku do rozliczeń pomiędzy zamawiającym a Oferentem |  |
| Osoba do kontaktu: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| e-mail: |  |

**Dane dotyczące zamawiającego**

Nazwa zamawiającego: Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji

Adres zamawiającego: ul. Inwalidów Wojennych 26Kod, miejscowość: 56-100 WołówNIP: 988-02-67-118

REGON: 020749596

KRS: 0000305310

Telefon: 71/380 58 01Faks: 71/389 27 99Adres poczty elektronicznej: [sekretariat@pcm-wolow.pl](mailto:sekretariat@pcm-wolow.pl)Godziny urzędowania: 7:00 – 14:35

**Oferuję wykonanie przedmiotu konkursu ofert za kwotę:**

**Pakiet nr 1 – opis RTG (ryczałt miesięczny dotyczący wykonania 1000 opisów RTG):**

**Wartość brutto: ……………... zł, słownie: ………………………**

**Pakiet nr 1 – opis RTG (1 opis RTG wykonany ponad ustalony ryczałt)**

**Cena brutto: ……………... zł, słownie: ………………………**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023.991 t.j.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 t.j.)w zakresie dotyczącym udzielania zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zapoznałem się ze „SWKO” wraz z załącznikami, w tym projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy,   
   w miejscu i w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Posiadam uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń medycznych z zakresu opisu badań RTG będących przedmiotem konkursu.
5. Oświadczam, że uważamy się za związanym niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.

Załączniki:

1. ……………………………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………………………
6. ……………………………………………………………………………………………………………
7. ……………………………………………………………………………………………………………
8. ……………………………………………………………………………………………………………
9. ……………………………………………………………………………………………………………

*…………………………………………………………………*

*Podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

*lub posiadających pełnomocnictwo*

***lub***

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Załącznik nr 3 do SWKO**

Nazwa oferenta .................................................................................................

Adres oferenta ..................................................................................................

Miejscowość .............................................. Data .................................

**MINIMALNA LICZBA OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości lub kierowanie usługą, wraz   
z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami wymagany jest w celu potwierdzenia, że wykonawca dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Tel. kontaktowe, fax.** | **Kwalifikacje / Wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Do niniejszego wykazu należy dołączyć poniższe dokumenty:**

1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wykazanego personelu (dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalisty)

2. Kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

*…………………………………………………………………*

*Podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

*lub posiadających pełnomocnictwo*

***lub***

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Załącznik nr 4 do SWKO**

......................………....……...... ……………………………

(Pieczątka, dane Wykonawcy) (miejscowość, data)

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji moich danych osobowych i informacji zawartych w mojej ofercie w celu uczestnictwa w przetargu/konkursie, realizowanym przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji.

*…………………………………………………………………*

*Podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

*lub posiadających pełnomocnictwo*

***lub***

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**Umowa nr …….** (Projekt)

**o udzielenie zamówienia na świadczenie usług zdrowotnych polegających na opisywaniu zdalnym badań z zakresu RTG**

Zawarta w dniu ……………… r. w Wołowie pomiędzy:

##### **Powiatowym Centrum Medycznym w Wołowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji, ul. Inwalidów Wojennych 26, 56-100 Wołów, NIP: 988-02-67-118, REGON: 020749596, zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym, Rejestrze Przedsiębiorców, dla której akta rejestrowe prowadzi Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej, IX Wydział Gospodarczy, nr KRS: 0000305310, o kapitale zakładowym w wysokości 5 783 000,00 PLN,**

1. zwanym dalej „*Udzielającym Zamówienia*”,

reprezentowanym przez:

………………………………………………

a

........................................................................................................................................

wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem ......................... /wpisanymi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, REGON ……………., NIP ……………….., odpis z rejestru stanowi załącznik do niniejszej umowy

*zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”.*

reprezentowanym przez:

...............................................

lub

………………– lekarzem, wpisanym na listę w Okręgowej Izbie Lekarskiej w …………….

pod nr ……………….., prowadzącym działalność gospodarczą - …………………….

z siedzibą w ………………..; numer Regon ……………………..

*zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”.*

reprezentowanym przez:

...............................................

W wyniku konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na opisywaniu badań z zakresu RTG przez okres 12 miesięcy, przeprowadzonego zgodnie z art. 26-27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023.991 t.j.) w związku z art. 140, 141, 146 ust. 1, 147-150, 151 ust. 1, 2 i 4-6, 152, 153, 154 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 t.j.) Strony zawierają Umowę o treści następującej:

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji w zakresie:

**Pakiet nr 1 – opis RTG:**

1) Opisywanie zdalne badań RTG poprzez połączenie VPN:

a) w trybie planowanym (do 72 godzin zegarowych) od otrzymania obrazu badania przez udzielającego świadczenia;

b) w trybie pilnym tzw. „CITO” (do 24 godzin zegarowych) od otrzymania obrazu badania przez udzielającego świadczenia;

W ramach prowadzonej przez Przyjmującego zamówienie działalności gospodarczej lub pełnienie obowiązku świadczenia tych usług przez podmiot leczniczy, który zawrze umowy na świadczenie takich usług z lekarzami posiadającymi uprawnienia do wykonania świadczeń objętych konkursem i prowadzącymi działalność gospodarczą.

2. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub udzielania świadczeń w innej formie, z zastrzeżeniem postanowień przepisów art. 132 ust. 3 i art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje wobec Udzielającego Zamówienie obowiązek zapewnienia wykwalifikowanego personelu (lekarzy radiologów) do wykonywania opisów klinicznych zdjęć RTG (dzieci, dorośli), wykonywanych w następujących pracowniach:

a) w Pracowni RTG Udzielającego Zamówienia przy ul. Inwalidów Wojennych 26, 56-100 Wołów - 24h/7 dni w tygodniu (Szpital),

b) w Pracowni RTG Udzielającego Zamówienia przy al. Jerozolimskich 26 - 24h/7 dni w tygodniu (Szpital),

c) w Pracowni RTG Udzielającego Zamówienia przy ul. Piłsudskiego 34, 56-100 Wołów – 8-18 godz. / 5 dni w tygodniu (Przychodnia),

d) w Pracowni RTG Udzielającego Zamówienia przy al. Jerozolimskich 28, 56-120 Brzeg Dolny, 56-100 Wołów – 8-18 godz. / 5 dni w tygodniu (Przychodnia),

e) w oddziałach szpitalnych Udzielającego Zamówienia przy al. Jerozolimskich 26, 56-120 Brzeg Dolny (przyłóżkowy aparat RTG) - 24 h/7 dni w tygodniu.

4. Szczegółowy cennik poszczególnych opisów do badań wskazanych w §1 zawiera Załącznik 2 do umowy.

**§ 2**

1. Świadczenia określone w §1 wykonywane będą każdorazowo na podstawie:

a). Zlecenia wystawionego przez Udzielającego Zamówienia na ustalonym pomiędzy stronami formularzu skierowania, opieczętowanym pieczątką nagłówkową danej komórki medycznej Udzielającego Zamówienie;.

b). Lub/i autoryzowanego zlecenia elektronicznego.

2. Udzielający Zamówienia będzie każdorazowo informował pracowników Przyjmującego Zamówienie o potrzebie wykonania świadczenia pilnego.

3. Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest korzystać z oprogramowania zainstalowanego i wdrożonego w zakładzie Udzielającego Zamówienia, w tym z systemu teleradiologii wykorzystywanego do usługi opisów badań.

4. Udzielający Zamówienia zapewni Przyjmującemu Zamówienie dostęp do oprogramowania wskazanego w ust. 3, w zakresie niezbędnym dla właściwej realizacji umowy oraz zapewni utrzymanie oprogramowania. Udzielający Zamówienia nie ponosi jakiejkolwiek odpowiedzialności za działanie oprogramowania, chyba że brak dostępu, błędy lub przerwa w działaniu oprogramowania wynikać będą wyłącznie z rażącej winy Udzielającego Zamówienie.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest wykonywać i doręczyć Udzielającemu Zamówienia opisy badań w terminach określonych w Załączniku nr 2 do Umowy.

6. Jeśli zajdzie potrzeba Przyjmujący Zamówienie uzupełni lub/i skoryguje dotychczasowy opis badania bezzwłocznie, lecz z zachowaniem terminów opisanych w ust. 5 powyżej.

**§ 3**

**Rozliczenia**

1. Za wykonanie usług w ramach umowy na świadczenie usług medycznych Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie ryczałtowe (dotyczące wykonania nie mniej niż 1000 opisów RTG miesięcznie) w wysokości **brutto ………………….. PLN** (słownie: ………………………..). Każdy opis zdjęcia RTG ponad ustalony limit płatny będzie w wysokości **brutto ………………….. PLN** (słownie: ………………………..)**.**
2. Maksymalna wartość niniejszej umowy wynosi brutto ………..……… PLN (słownie: ………….................…….... ................................…….. złotych).

3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, płatne będzie na podstawie faktury wystawionej w oparciu o dokumenty, wskazane w ust. 4 niniejszego paragrafu.

4. Do faktury Przyjmujący Zamówienie dołączy wykaz rodzajowo-ilościowy, udzielonych świadczeń zdrowotnych (wykonanych opisów badań), wskazaniem imienia i nazwiska lekarza zlecającego, imienia i nazwiska pacjenta, trybu zlecenia (pilny/nie pilny). Wykaz winien być potwierdzony przez upoważnionego pracownika Udzielającego Zamówienia.

5. Na żądanie Udzielającego Zamówienia Przyjmujący Zamówienie udostępni Udzielającemu Zamówienia skierowania lub/i zlecenia, na podstawie których został przez Przyjmującego Zamówienie sporządzony wykaz opisany w ust. 3 celem umożliwienia Udzielającemu Zamówienia sprawdzenia poprawności w/w wykazu.

6. Przyjmujący Zamówienie wystawi fakturę do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wykonano świadczenia. Termin płatności wyniesie 30 dni od daty prawidłowo doręczonej faktury VAT.

7. Brak dokumentów, o których mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu zwalnia Udzielającego Zamówienia z obowiązku zapłaty za wykonane badania do czasu dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury, tzn. faktury z dołączonymi dokumentami, o których mowa w ust 3 niniejszego paragrafu bez obowiązku zapłaty odsetek ustawowych.

8. Faktura będzie płatna przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie wskazany w treści faktury.

9. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że w razie wystąpienia obiektywnych okoliczności uniemożliwiających przekazanie wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy na konto Przyjmującego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie może odstąpić od naliczania odsetek za zwłokę.

10. W przypadku niemożliwości wykonywania którychkolwiek świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie (w tym m.in. w wyniku awarii sprzętów), Udzielający Zamówienia ma prawo zlecić wykonanie świadczenia innemu podmiotowi oraz różnicy w koszcie świadczenia lub/i wykonania kolejnego badania z opisem, gdy koszt ten przewyższa wartość ustaloną w niniejszej umowie, po przedłożeniu Przyjmującemu Zamówienie przez Udzielającego Zamówienia rachunku za poniesione z w/w tytułu koszty.

11. Jeżeli ilość opisów badań ujętych w ryczałcie, o którym mowa w ust. 1 ulegnie zmniejszeniu o około 20% w przeciągu trzech miesięcy kalendarzowych, Strony zobowiązują się do renegocjacji warunków umowy.

**§ 4**

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczenia w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie.
2. Ze strony Udzielającego zamówienia osobą / osobami upoważnioną do realizacji przedmiotu umowy jest / są:

a) ………….., tel. ………….., e-mail [………………..](mailto:katarzynacieciak@pcm-wolow.pl)**.**

b) ………….., tel. ………….., e-mail [………………..](mailto:katarzynacieciak@pcm-wolow.pl)**.**

3. Ze strony Przyjmującego zamówienie osobą / osobami upoważnioną do realizacji przedmiotu umowy jest / są:

a) ………………….., tel. ……………………, e-mail …………………………….

b) ………………….., tel. ……………………, e-mail …………………………….

**§ 5**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową:

a) z należytą starannością i w poszanowaniu praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej;

b) na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 t.j.)i wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych;

c) zgodnie z wymogami zawartymi w umowie pomiędzy Udzielającym zamówienie, a Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia

**§ 6**

1. Przyjmujący Zamówienie zapewnia, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy, udzielane będą wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny i spełniające wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach prawa oraz oświadcza, że świadczenia te wykonywane będą w pomieszczeniach i przy użyciu urządzeń odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym przewidzianym w obowiązujących w tej materii przepisach.

2. Wykaz osób wykonujących świadczenia i ich kwalifikacje stanowi Załącznik nr 3.

3. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej umowy osobom (podmiotom) trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

**§ 7**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad sztuki medycznej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy z należytą starannością, wykorzystując aktualny stan wiedzy, umiejętności medyczne i postęp medyczny.

3. Przyjmujący Zamówienie prowadzi dla Udzielającego Zamówienia dokładną i systematyczną dokumentację medyczną w formie papierowej i elektronicznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2020.666 z późn. zm.) oraz zapisami niniejszej umowy**.** W tym zakresie Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest:

a) korzystać z oprogramowania zainstalowanego i wdrożonego w zakładzie Udzielającego Zamówienia, w tym z systemu teleradiologii wykorzystywanego do usługi opisów badań;

lub

b) zapewnić właściwą integrację z tym systemem we własnym zakresie i na własny koszt, przy odpowiednim współdziałaniu ze strony Zamawiającego, w przypadku udzielania świadczeń poza siedzibą Zamawiającego.

4. Przyjmujący Zmówienie, w trakcie świadczenia usług będących przedmiotem umowy, jest zobowiązany do postępowania w szczególności zgodnie z:

a) aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, m.in. aktualną Ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,

b) zarządzeniami wydanymi przez Prezesa NFZ, na podstawie których realizowana jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

c) przepisami sanitarno-epidemiologicznymi wydanymi przez uprawnione instytucje oraz zarządzeniami obowiązującymi w tej dziedzinie u Udzielającego Zamówienia,

d) przepisami bhp i p. pożar.

e) przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za zapewnienie udzielania świadczeń objętych umową przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach oraz wymaganiach określonych w obowiązujących ogólnych przepisach prawa i przepisach szczegółowych dotyczących rodzaju i miejsca udzielanych świadczeń.

6. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do:

a) wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową zgodnie z zasadami najwyższej staranności, jakości oraz gospodarności;

b) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami przyjętymi u Udzielającego Zamówienia,.

c) wykonywania świadczeń zgodnych z umową zawartą pomiędzy Udzielającym Zamówienia a Narodowym Funduszem Zdrowia.

d) zarejestrowania i podania swojego potencjału w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji WOW NFZ,

e) spełnienia innych wymagań NFZ, których konieczności wprowadzenia nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy,

f) współpracy z lekarzami Udzielającego Zamówienia w zakresie konsultowania pacjentów przebywających w Oddziałach Szpitala, Izbie Przyjęć, pacjentów planowych, w celu współpracy w zakresie zapewnienia chorym odpowiedniej opieki medycznej,

g) współpracy z pozostałym personelem Udzielającego Zamówienie,

h) udziału w komisjach i zespołach zajmujących się problematyką diagnostyki obrazowej,

7. Przyjmujący zamówienie dla realizacji zadań opisanych w ust. 7 wskaże na wykazie stanowiącym Załącznik nr 5 do Formularza Ofertowego osobę odpowiedzialną za współpracę ze strony Przyjmującego Zamówienie.

8. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do poddania się kontroli przez Udzielającego Zamówienia w zakresie wykonywania przez niego zamówienia.

9. Przedmiot kontroli stanowi przede wszystkim:

a) sposób udzielania świadczeń zdrowotnych,

b) celowość i kompleksowość udzielanych świadczeń,

c) przestrzeganie przepisów prawa, a także przepisów wewnętrznych Udzielającego Zamówienia dotyczących bhp, p.poż oraz warunków sanitarno-epidemiologicznych i innych,

d) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli NFZ lub innego uprawnionego organu, w zakresie wykonywania świadczeń medycznych wynikających z niniejszej umowy, na zasadach określonych odrębnymi przepisami i zobowiązuje się czynnie uczestniczyć we wszystkich jej etapach wnosząc swoje wyjaśnienia, zastrzeżenia i inne uwagi oraz zastosować się do zaleceń pokontrolnych.

11. W przypadku kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny uprawniony organ, Udzielający Zamówienia ma prawo nałożyć na Przyjmującego Zamówienie karę umowną stanowiącą równowartość sankcji finansowych będących wynikiem kontroli z NFZ lub innego uprawnionego organu tylko w przypadku, jeżeli sankcja finansowa jest wynikiem uchybień powstałych z winy Przyjmującego Zamówienie.

12. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie do naprawienia szkody osobowej lub/i rzeczowej wyrządzonej przez niego przy lub/i w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

**§ 8**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do posiadania w okresie obowiązywania niniejszej umowy, obowiązkowego ubezpieczenia OC za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zawartego na warunkach określonych przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do dostarczenia Udzielającemu zamówienia kopii polisy OC na żądanie.

**§ 9**

Umowa zostaje zawarta na czas określony wynoszący …… miesięcy, to jest od dnia ……….. do dnia ………………. r.

**§ 10**

1. Umowa niniejsza ulega rozwiązaniu:

a) z upływem terminu określonego w §9,

b) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco i uporczywie narusza istotne postanowienia umowy, po wezwaniu pisemnym do zaniechania naruszeń i wyznaczeniu stosownego co najmniej 30 dniowego terminu.

c) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku utraty przez Przyjmującego Zamówienie uprawnień koniecznych dla realizacji przedmiotu umowy

2. Po wygaśnięciu lub wcześniejszym rozwiązaniu umowy Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do przekazania Udzielającemu zamówienia dokumentacji pisemnej i elektronicznej powstałej w czasie realizacji umowy, a w szczególności dotyczącej danych osobowych i dokumentacji medycznej pacjentów za cały okres obowiązywania umowy w terminie 30 dni od zakończenia udzielania świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie.

3. Udzielający zamówienia może odstąpić od umowy w sytuacji likwidacji bądź ograniczenia działalności jednostek organizacyjnych Udzielającego zamówienia z jakiejkolwiek przyczyny, lub w przypadku niepodpisania bądź wygaśnięcia umowy na 2023/2024 pomiędzy Zamawiającym a Narodowym Funduszem Zdrowia a także wydania przez sąd nadzorujący postępowanie sanacyjne o sygn. WR1F/GRs/1/2023 orzeczeń bezpośrednio wpływających na ograniczenie lub likwidację działalności operacyjnej spółki lub jej jednostek, a także ogłoszenie upadłości spółki.

4. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę z zachowaniem 1 miesięcznego terminu wypowiedzenia ze skutkiem prawnym na koniec miesiąca bez podania przyczyny wypowiedzenia, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 11**

1. Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienia kary umowne z tytułu niedotrzymania terminów określonych w Załączniku nr 2 do umowy w wysokości 5% ceny badania wskazanej w Załącznika nr 2, odpowiednio za każdą rozpoczętą godzinę – badanie CITO lub dobę opóźnienia – badanie planowe.

2. Udzielający zamówienie uprawniony jest do dochodzenia odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej.

**§ 12**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że znane są mu obowiązujące przepisy prawa w zakresie przetwarzania i ochrony danych osobowych, w tym regulacje 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanym dalej RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, w szczególności zasady przetwarzania danych osobowych: zgodność z prawem, rzetelność, przejrzystość, ograniczenie celu, minimalizacja danych, prawidłowość, ograniczenie przechowywania, integralność i poufność.

2. Udzielający zamówienia udostępnienia Przyjmującemu zamówienie dane osobowe Pacjentów, niezbędne dla realizacji zleconych świadczeń zdrowotnych, Przyjmujący zamówienie staje się z chwilą udostępnienia administratorem ww. danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi Przyjmującego zamówienie przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.), ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.), i w zakresie określonym we wskazanych ustawach, a także zgodnie z postanowieniami RODO. W ramach obowiązków informacyjnych nałożonych na administratora, Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do poinformowania Pacjentów o udostępnieniu ich danych Udzielającemu Zamówienie na podstawie zawartej Umowy. Udzielający zamówienia oraz Przyjmujący zamówienie oświadczają, iż będąc Stronami Umowy, zobowiązują się realizować ciążące na każdej z nich obowiązki administratora danych osobowych, określone w przepisach RODO oraz wydanymi na jego podstawie krajowymi przepisami z zakresu ochrony danych osobowych obejmujące dane osobowe Pacjentów, oraz jeżeli znajduje zastosowanie, ich przedstawicieli ustawowych, przetwarzane w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach Umowy.

3. Mając na uwadze, iż każdy podmiot leczniczy jest administratorem danych pacjentów, których dane przetwarza w celach zdrowotnych, a więc nie jest zasadne na potrzeby realizacji tychże celów zawieranie z podmiotem leczniczym umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Podmioty pomiędzy, którymi zachodzą relacje administrator – administrator, działają na zasadzie udostępniania danych, zaś podstawą prawną takiego udostępniania danych są m.in. postanowienia art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

4. Każda ze Stron oświadcza, że jest administratorem danych osobowych w rozumieniu RODO w odniesieniu do danych osobowych pracowników oraz osób działających w imieniu drugiej Strony Umowy - powyższe dotyczy danych wskazanych w niniejszej Umowie oraz w trakcie jej realizacji.

**§ 13**

1. Przyjmujący zamówienie nie jest uprawniony do przenoszenia jakichkolwiek wierzytelności wobec Udzielającego zamówienie, na jakiekolwiek podstawie prawnej oraz na jakiekolwiek podmioty trzecie.

2. Załączniki do umowy wskazane w jej treści stanowią jej integralną część.

3. Każda zmiana Umowy musi być sporządzona w formie pisemnego aneksu pod rygorem nieważności, podpisanego przez upoważnionych przedstawicieli obu stron.

4. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

5. Spory wynikłe na tle niniejszej umowy rozpatrywane będą przez właściwy sąd rzeczowo i miejscowo właściwy dla Udzielającego zamówienia.

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

7. Załącznikami do niniejszej umowy jest:

1. Nr 1 Formularz ofertowy
2. Nr 2 Formularz cenowy
3. Nr 3 Wykaz personelu medycznego
4. Nr 4 Klauzula informacyjna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Udzielający Zamówienia Przyjmujący Zamówienie

Załącznik nr ….. do umowy nr …………….

|  |
| --- |
| KLAUZULA INFORMACYJNA KONKURS OFERT |
| *Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2Rozporządzenia 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 informuję (zwanym dalej RODO), iż:* |
| Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.  w restrukturyzacji,56-100 Wołów, ul. Inwalidów Wojennych 26. |
| Wszelkie kwestie dotyczące przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kierować do Inspektora Ochrony Danych:   * emailem [biuro@dbi-consulting.pl](mailto:biuro@dbi-consulting.pl)lub * listownie na adres Administratora danych osobowych z dopiskiem: Inspektor Ochrony Danych   Dane inspektora ochrony danych są dostępne na www.pcmwolow.pl w zakładce ochrona danych. |
| Dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia i realizacji umowy polegającej naudzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na opisywaniu zdalnie badań z zakresu RTG, wykonania ustawowych obowiązków oraz prawnie uzasadnionego interesu. |
| Podstawą przetwarzania danych osobowych jestart. 6 ust. 1 lit. a RODO (wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych), art. 6 ust 1 pkt.b RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy lub podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy)oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zakresie niezbędnym do wykonywania przez Administratora ustawowych obowiązków w kontekście art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023.991 tj.), a także art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes Administratora polegający na zapewnieniu niezbędnych rozliczeń w związku z zawartą umową, dochodzenia roszczeń. |
| Odbiorcami danych osobowych uprawnionymi do ich przetwarzania są:   1. podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora na podstawie przepisów prawa, 2. podmioty, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych zgodnie z zawartą umową, 3. organy publiczne na podstawie obowiązujących przepisów prawa. |
| Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do skutecznego rozstrzygnięcia konkursu, a także do czasu wygaśnięcia wzajemnych roszczeń wynikających z uczestnictwa w konkursie.  Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje sięprzepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. |
| Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.  Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. |
| Podanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym do uczestnictwa w konkursie. Nie podanie danych osobowych będzie skutkowało uniemożliwieniem uczestnictwa w konkursie. |
| Wobec Pani/Pana danych osobowych nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. |