

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE
WYKONYWANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO Z OPISEM BADAŃ
W RAMACH TZW. PAKIETU ONKOLOGICZNEGO (SWKO) – Nr konkursu 2/UiK/2024
W OKRESIE OD PODPISANIA UMOWY Z MOCĄ OBOWIĄZYWANIA
OD DNIA 19.08.2024 r. DO DNIA 18.08.2026 r.**

prowadzonego w trybie konkursu ofert na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) oraz odpowiednio stosowanych przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.)

I. ORGAN OGŁASZAJĄCY KONKURS

Zarząd Szpitali Pomorskich Sp. z o.o.
ul. Powstania Styczniowego 1
81 – 519 Gdynia
KRS 0000492201

II. PRZEDMIOT KONKURSU

Ilekość w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert mowa o:

- 1) **Udzielającym zamówienia** - należy rozumieć Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ogłaszające konkurs na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania rezonansu magnetycznego z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego
- 2) **Przyjmującym zamówienie** - należy rozumieć podmiot uprawniony, wybrany w drodze konkursu ofert, któremu udzielane jest zamówienie, o którym mowa w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.)
- 3) **SWKO** - należy rozumieć niniejsze Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania rezonansu magnetycznego z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego
- 4) **Oferencie** - należy rozumieć ubiegającego się o zamówienie na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania rezonansu magnetycznego z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego

2.1 OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU I TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU KONKURSU

Przedmiotem konkursu jest:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania rezonansu magnetycznego z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego, minimum od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00, w okresie od 19.08.2024 r. do 18.08.2026 r. w lokalizacjach zgodnych z listą placówek wskazanych w załączniku nr 1A do SWKO, na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 6 do SWKO (zwanej w dalszej treści SWKO: Umową).

Umowa zostanie zawarta niezwłocznie po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu.

Wykonanie badania wraz z dokonaniem opisu przez lekarza, licząc od momentu zgłoszenia zlecenia na wykonanie badania w formie papierowej przez personel Udzielającego zamówienia powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni od zgłoszenia zlecenia na jego wykonanie.

Przyjmujący zamówienie udostępni zaszyfrowany opis badania (z uwzględnieniem kodu ICD 9) w formie elektronicznej na adres: dilo@szpitalepomorskie.eu, przesyła do systemu magazynu w chmurze Przyjmującego zamówienie, bądź w inny sposób uzgodniony przez strony. Jednocześnie Przyjmujący zamówienie winien dostarczyć wyniki badań wraz z opisem w wersji papierowej oraz na nośniku elektronicznym Udzielającemu zamówienia do Kancelarii Szpitala z podziałem na poszczególne komórki zlecające na własny koszt i ryzyko lub udostępnić w inny sposób uzgodniony przez strony (np. poprzez odbiór wyników badań przez upoważnionego pracownika komórki zlecającej) nie później niż w dniu następnym po wykonaniu badania i sporządzeniu opisu.

Szczegółowy zakres świadczeń oraz szacunkową liczbę świadczeń będących przedmiotem konkursu określa załącznik nr 1 A do SWKO. Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.

2.2. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU

2.2.1. Dotyczy świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego wraz z opisem badania w ramach tzw. pakietu onkologicznego:

1. Świadczenia zdrowotne zlecane zgodnie z zakresem badań ujętych w załączniku nr 1A do SWKO wykonywane będą od 19.08.2024 r. do dnia 18.08.2026 r. przez Przyjmującego zamówienie.
2. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość wykonywania badań przez podwykonawców wskazanych przez Przyjmującego Zamówienie, za których przejmuje on pełną odpowiedzialność za wykonanie przedmiotu konkursu, w zakresie wskazanym przez Przyjmującego Zamówienie i zaakceptowanym przez Udzielającego zamówienia. W przypadku wykonywania badań przez podwykonawców wskazanych przez Przyjmującego zamówienie koszty odpowiedniego transportu medycznego ponosi Przyjmujący zamówienie .
3. Świadczenia zdrowotne winny być wykonywane przy użyciu sprzętu diagnostycznego Przyjmującego Zamówienie lub podwykonawcy (w przypadku, o którym mowa w ust. 2) zapewniającego wysoką jakość uzyskiwanych wyników i posiadającego atesty oraz certyfikaty dopuszczenia do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia.
4. Świadczenia zdrowotne winny być wykonywane przez wykwalifikowany personel, przy zapewnieniu dostępności minimum od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych bądź ewentualnie w innych lokalizacjach Przyjmującego Zamówienie. W przypadku niemożności wykonania zleconego świadczenia zdrowotnego zobowiązany jest on do zorganizowania zastępczego wykonania świadczenia zdrowotnego w innym Podmiocie na własny koszt i rozliczenia usługi z Udzielającym Zamówienia zgodnie z załącznikiem nr 1 A do SWKO. Koszty odpowiedniego transportu medycznego ponosi Przyjmujący zamówienie. W przypadku niezorganizowania przez Przyjmującego Zamówienie zastępczego wykonania świadczenia zdrowotnego, Udzielający zamówienia sam zorganizuje zastępcze wykonanie świadczenia zdrowotnego wraz z transportem i ma prawo do obciążenia tymi kosztami Przyjmującego Zamówienie.
5. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem winny być wykonywane na wysokim poziomie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i obowiązującymi standardami w danej dziedzinie medycyny oraz współczesnej wiedzy technicznej, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności oraz nieprzerwanej pracy na rzecz Udzielającego zamówienia.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do współpracy w zakresie standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w ramach Diagnostyki Obrazowej oraz procedur Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ISO 9001:2015, ISO 14001:2015,

PN-N 18001:2004 i ISO 27001:2013) umożliwiając Udzielającemu zamówienia utrzymanie akredytacji i certyfikacji.

7. Określona w załączniku nr 1A do SWKO liczba badań jest liczbą szacunkową i nie może stanowić podstawy roszczeń Przyjmującego zamówienia o zapłatę należności z tytułu niewykonanych świadczeń medycznych. Faktyczna liczba wykonywanych badań jest uzależniona wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienia i może ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu.
8. Ceny zaproponowane w załączniku nr 1A do SWKO nie mogą ulec zmianie w okresie obowiązywania umowy, chyba że konieczność takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
9. Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu badań i wartości umowy o 20 % w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do elastycznego reagowania na zwiększone lub zmniejszone potrzeby Udzielającego zamówienia w zakresie liczby i rodzaju wykonywanych badań.
10. Przyjmujący zamówienie winien posiadać zaplecze informatyczne umożliwiające stworzenie wymaganego środowiska informatycznego dla prowadzenia procesów obróbki i opisywania danych obrazowych.
11. CPV: 85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne; 85150000-5 usługi obrazowania medycznego; 85121100-4 ogólne usługi lekarskie.

2.3. OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Poza obowiązkami wynikającymi z pkt. 2.1 - 2.2 Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do:

1. Przyjęcia pełnej odpowiedzialności za wykonanie przedmiotu konkursu, także w przypadku powierzenia jego wykonywania podwykonawcom.
2. Elastycznego reagowania na zwiększone lub zmniejszone potrzeby Udzielającego zamówienia w zakresie liczby i rodzaju wykonywanych badań.
3. Każdorazowego przedkładania wraz z fakturą odpowiednio zabezpieczonego pod względem ochrony danych osobowych załącznika w formie elektronicznej na adres e:mail określony w Umowie zawierającego niezbędny ustalony zakres danych w tym minimum:
 - a) wykaz pacjentów – imię i nazwisko oraz PESEL
 - b) data realizacji usługi medycznej
 - c) nazwa świadczenia zdrowotnego i kod procedury (ICD9)
 - d) komórka organizacyjna zlecająca badanie wraz z lokalizacją Udzielającego zamówienia
 - e) lekarz zlecający badanie
 - f) tryb zlecenia badania
 - g) cena jednostkowa badania
4. Prowadzenia rejestru przyjmowanych pacjentów według wymogów prowadzenia dokumentacji medycznej.
5. Przechowywania zleceń wystawionych przez Udzielającego zamówienia i udostępniania ich do wglądu na wniosek Udzielającego zamówienia.
6. Przedłożenia Udzielającemu zamówienia wykazu osób udzielających świadczeń zdrowotnych, zgodnie z załącznikiem nr 3 do SWKO.
7. Posiadania dostępu do Portalu Potencjału udostępnionego przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku umożliwiającego uzupełnianie danych związanych z przedmiotem konkursu.

III. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE

Oferty mogą składać podmioty wykonujące działalność leczniczą w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, na który składana jest oferta, które:

1. Są uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, na który jest składana oferta, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) i pozostałych przepisach.
2. Posiadają uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
3. Posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotu konkursu, tj.:
 - a. przez okres co najmniej roku przed dniem składania ofert w niniejszym konkursie wykonały na rzecz podmiotów leczniczych minimum 200 badań z zakresu rezonansu magnetycznego i w okresie tym nie została z nimi rozwiązana umowa z powodu nienależytego wykonywania usług z tego zakresu,
 - b. posiadają środki i możliwości wykonywania badań rezonansu magnetycznego w liczbie i rodzaju nie mniejszym niż objęte niniejszym konkursem.
4. Dysponują osobami uprawnionymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj.: personelem uprawnionym i zdolnym do wykonywania i opisywania badań zgodnie z właściwymi wymogami prawa oraz standardami NFZ, dotyczącymi osób wykonujących czynności w pracowni rezonansu magnetycznego.
5. Dysponują potencjałem technicznym, tj.: sprzętem i systemami informatycznymi niezbędnym do wykonania badań, na które składana jest oferta, umożliwiającym wdrożenie odpowiednich środków bezpieczeństwa, w taki sposób, aby przetwarzanie odpowiadało wymogom aktualnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie danych osobowych.
6. Posiadają polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy lub złożą umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także zobowiązanie w formie oświadczenia, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.
7. Zapewnią wykonanie badania wraz z dokonaniem opisu badania przez lekarza niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni licząc od momentu zgłoszenia zlecenia na wykonanie badania.
8. Posiadają dostęp do Portalu Potencjału udostępniony przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem konkursu bądź zobowiążą się wypełnić i przesłać do POW NFZ w Gdańsku wniosek o założenie konta, w terminie do 7 dni od daty zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

Ocenę spełniania warunków Udzielający zamówienia przeprowadzi na podstawie złożonych przez Oferentów dokumentów, oświadczeń i zobowiązań o spełnianiu tych warunków zgodnie z załączonymi do SWKO formularzami oświadczeń oraz w oparciu o wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert dokumenty wyszczególnione w punkcie IV.

IV. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY – WYKAZ WYMAGANYCH DOKUMENTÓW

1. Wypełniony Formularz Oferty – na oferowane badania (zawierający cenę poszczególnych badań rezonansu magnetycznego wraz z wykazem dni i godzin pracy pracowni i jej numerami telefonów - Załącznik nr 1A oraz oświadczenia Oferenta - Załącznik nr 1B) – według wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do SWKO wraz z częścią 1A i 1B.
2. Wykaz wykonanych usług z zakresu badań rezonansu magnetycznego na rzecz podmiotów leczniczych przez okres trwający co najmniej 1 rok przed upływem terminu składania ofert – według wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO, wraz z załączonymi dokumentami potwierdzającymi, że usługi zostały wykonane należycie.
3. Wykaz – liczba i kwalifikacje zawodowe osób uczestniczących w wykonywaniu umowy – według wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO.

4. Wykaz sprzętu i aparatury wraz z wykazem podwykonawców – według wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SWKO.
5. Klauzula informacyjna (dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) według wzoru stanowiącego Załącznik nr 5 do SWKO.
6. Wzór podpisu i parafy osoby podpisującej Formularz Oferty - według wzoru stanowiącego Załącznik nr 7 do SWKO.
7. Odpis z właściwego rejestru poświadczony za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną lub wydruk z systemu KRS lub wydruk z systemu Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zawierający dane zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty.
8. Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, o ile jej uprawnienia nie wynikają z dokumentu określonego w pkt. 7.
9. Kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także zobowiązanie w formie oświadczenia, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

V. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY - OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta powinna być napisana w języku polskim w sposób trwały np. na maszynie do pisania lub komputerze. Udzielający zamówienia dopuszcza ręczne, czytelne wypełnianie formularzy ofertowych (według załączników).
2. Jeżeli do oświadczeń i wykazów przewidziany jest wzór – załącznik do SWKO, dokumenty te sporządza się według tych wzorów, jeżeli nie ma - Oferent sporządza go samodzielnie.
3. W charakterze załączników do oferty Oferent przedkłada oryginały lub potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta kserokopie odpowiednich dokumentów lub sporządza je samodzielnie.
4. Każda strona powinna być opatrzona kolejnym numerem i podpisana przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
5. Ewentualne poprawki w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
6. Oferenci ponoszą wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.
7. Oferta powinna być trwale zabezpieczona uniemożliwiając zmianę jej zawartości.
8. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz opisem tematu, którego konkurs dotyczy:
„Konkurs ofert na wykonywanie rezonansu magnetycznego z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego Nr 2/UiK/2024 w Szpitalach Pomorskich Sp. z o.o. - nie otwierać przed 26.07.2024 r., godz. 11:00”
9. Informacji udzielają:
 - a) w sprawach formalnych konkursu ofert:
Urszula Nowak, Krystyna Bocian, tel. (58) 72 60 420 lub 323 w godz. 8.00 - 14.00 (od poniedziałku do piątku), e-mail: konkursmri@szpitalpomorskie.eu
 - b) w sprawach merytorycznych dotyczących badań rezonansu magnetycznego:
Zespół Koordynatorów Onkologicznych, tel. (58) 72 60 361 w godz. 8.00 - 14.00 (od poniedziałku do piątku) e-mail: konkursmri@szpitalpomorskie.eu
10. W toku postępowania Oferent ma prawo złożyć pytania lub umotywowane zastrzeżenia do umowy, składając je w formie elektronicznej wraz z uzasadnieniem proponowanych zmian w terminie

nie później niż 5 dni roboczych od daty ogłoszenia konkursu. Udzielający zamówienia może przedłożyć uwagi uwzględnić lub nie.

11. Oferent może przygotować i złożyć ofertę podpisaną elektronicznym podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną w formie pliku o nazwie „Konkurs MRI” zaszyfrowanego hasłem.

VI. Miejsce i termin składania i otwarcia ofert

1. Miejsce i termin składania ofert: Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1, 81- 519 Gdynia, Kancelaria Szpitala w bud. nr 6, **do dnia 26.07.2024 r., godz. 10:00.**
2. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu: **26.07.2024 r., godz. 11:00** w: Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1, 81- 519 Gdynia, Sala Konferencyjna w **budynku nr 6.**
3. Oferenci lub ich przedstawiciele mogą być obecni przy otwieraniu kopert z ofertami.
4. Oferta, która wpłynie do Udzielającego zamówienia po upływie terminu składania ofert będzie odesłana bez otwierania.
5. Ofertę w formie pliku zaszyfrowanego hasłem o nazwie „Konkurs MRI” wraz z wymaganymi załącznikami należy przestać na adres e-mail: konkursmri@szpitalepomorskie.eu do dnia **26.07.2024 r. do godz. 10:00.**
6. Hasło do przesłanego pliku należy przestać na adres e-mail: konkursmri@szpitalepomorskie.eu najwcześniej w dniu **26.07.2024 r., nie później jednak niż do godz. 11:00 w tym dniu.**
7. W przypadku braku przesłania hasła drogą mailową w terminie, ofertę odrzuca się.

VII. Sposób rozpatrzenia oferty

1. Postępowanie konkursowe przeprowadzi Komisja Konkursowa powołana przez Udzielającego zamówienia.
2. Komisja Konkursowa dokonuje oceny spełnienia warunków koniecznych przez Oferentów oraz oceny złożonych ofert.
3. Przed oceną merytoryczną ofert Komisja Konkursowa w pierwszej kolejności sprawdzi wymogi formalne ofert oraz kompletność załączonej dokumentacji.
4. Komisja następnie sprawdzi czy każda z ofert spełnia wymagane warunki określone w Rozdziale III Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz wynikające z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2023 r., poz. 991 ze zm.) oraz stosowanych odpowiednio przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.)
5. W niniejszym postępowaniu odrzuca się ofertę:
 - a) złożoną po terminie;
 - b) zawierającą nieprawdziwe informacje;
 - c) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanych cen świadczeń opieki zdrowotnej;
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - f) jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;
 - g) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w niniejszych warunkach konkursu;
 - h) złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 1 roku poprzedzającego ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia prowadzącego postępowanie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

- i) złożoną przez Oferenta niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą.
6. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
 7. Komisja szczegółowo zapoznaje się z ofertami i wybiera ofertę najkorzystniejszą spośród ofert spełniających warunki określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert. Komisja może nie dokonać wyboru żadnej oferty.
 8. W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od Oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących zawartości formalnej, jak i merytorycznej złożonej przez niego oferty.
 9. Komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z Oferentami w celu ustalenia korzystniejszej ceny za udzielane świadczenia. Dopuszczalne jest przeprowadzenie negocjacji przy użyciu kanałów elektronicznych.
 10. Ustalenie w procesie negocjacji ceny nie oznacza dokonania wyboru Oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.

VIII. Kryteria oceny ofert

Przy wyborze oferty Oferentów spełniających wymagania konieczne komisja konkursowa kierowała się będzie następującymi kryteriami:

a) Najniższa wartość brutto świadczeń zdrowotnych - 80%

(zgodnie z wypełnioną i podpisaną Ofertą)

$$\text{Wg wzoru: } x = \frac{\text{najniższa zaoferowana wartość ogólna oferty}}{\text{wartość ogólna ocenianej oferty}} \times 80\% \times 100$$

Wartość ogólna oferty w zakresie badania rezonansem magnetycznym jest sumaryczną wartością badań brutto – suma cen wszystkich poszczególnych pozycji zgodnie z Formularzem Oferty (suma wartości brutto w złotych).

b) Czas oczekiwania na wykonanie badania wraz z opisem - 10%

(zgodnie z wypełnioną i podpisaną Ofertą)

$$\text{Wg wzoru: } x = \frac{\text{najkrótszy czas wykonania badania wraz opisem}}{\text{czas wykonania badania wraz z opisem w badanej ofercie}} \times 10\% \times 100$$

Dla celów oceny będzie brany pod uwagę oferowany czas wykonania badania wraz z dokonaniem opisu badania przez lekarza, podany w dniach, licząc od momentu zgłoszenia zlecenia na wykonanie badania. Maksymalny dopuszczalny przez Udzielającego zamówienia czas to 7 dni.

c) Liczba dni w tygodniu udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych na rzecz Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. - 10%

(zgodnie z wypełnioną i podpisaną Ofertą)

$$\text{Wg wzoru: } x = \frac{\text{liczba punktów w badanej ofercie}}{\text{max liczba punktów przewidziana przez Udzielającego zamówienia}} \times 10\% \times 100$$

Ocena w/w kryterium zostanie oparta o dane w formularzu oferty w załączniku nr 1A do SWKO.

Oferent, który deklaruje:

- 5 dni tygodniowo (tj. od poniedziałku do piątku) udzielania świadczeń otrzyma - 0 pkt
- 6 dni tygodniowo (tj. od poniedziałku do soboty) udzielania świadczeń otrzyma - 5 pkt
- 7 dni tygodniowo (tj. od poniedziałku do niedzieli) udzielania świadczeń otrzyma - 10 pkt

Najkorzystniejszą ofertą dla danego zakresu będzie oferta, której suma punktacji z trzech kryteriów będzie najwyższa (najbardziej zbliżona do 100 punktów).

IX. Rozstrzygnięcie postępowania.

1. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
 - a) nie wpłynęła żadna oferta;
 - b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - c) odrzucono wszystkie oferty;
 - d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu, chyba że Udzielający zamówienia może zwiększyć tę kwotę do ceny najkorzystniejszej oferty;
 - e) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów Udzielającego zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
3. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego.
4. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w siedzibie Udzielającego zamówienia: Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia w dniu: **07.08.2024 r.**
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert bez podawania przyczyny. Udzielający zamówienia poinformuje o podjętych zgodnie ze zdaniem pierwszym niniejszego ustępu decyzjach, w sposób wskazany w ust. 8.
6. Podpisanie umowy nastąpi niezwłocznie po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu ofert. Termin i miejsce podpisania Umowy wyznaczy Udzielający zamówienia.
7. Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni od chwili upływu terminu składania ofert. W terminie związania ofertą Oferent jest zobowiązany do zawarcia umowy zgodnie z warunkami oferty i niniejszego SWKO.
8. Ogłoszenie rozstrzygnięcia postępowania konkursowego zostanie zamieszczone na stronie internetowej Udzielającego zamówienia oraz na tablicy informacyjnej w siedzibie Spółki Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1 w Gdyni zaś Oferenci zostaną powiadomieni drogą elektroniczną.
9. Jeśli Komisja nie skorzysta z możliwości nie wybrania żadnej oferty ani unieważnienia postępowania Udzielający zamówienia zawrze umowę z Oferentem, którego oferta odpowiada warunkom formalnym oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą w oparciu o ustalone kryteria oceny ofert.

X. Zasady wnoszenia środków odwoławczych

1. Oferentowi, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienia zasad przeprowadzania postępowania przysługują środki odwoławcze.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - a. niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie;
 - b. unieważnienie postępowania konkursowego.
3. W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć w formie elektronicznej do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela odpowiedzi w formie elektronicznej składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Kierownika Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie w formie elektronicznej dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. 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.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 do SWKO – Formularz oferty.
2. Załącznik nr 1A do SWKO - Wykaz świadczeń zdrowotnych wraz z miejscem udzielania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
3. Załącznik nr 1B do SWKO – Oświadczenia oferenta.
4. Załącznik nr 2 do SWKO – Wykaz wykonanych usług z zakresu badań rezonansu magnetycznego na rzecz podmiotów leczniczych przez okres trwający co najmniej 1 rok.
5. Załącznik nr 3 do SWKO – Wykaz – liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.
6. Załącznik nr 4 do SWKO – Wykaz sprzętu i aparatury wraz z wykazem podwykonawców.
7. Załącznik nr 5 do SWKO – Klauzula informacyjna.
8. Załącznik nr 6 do SWKO – Projekt umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie badań rezonansu magnetycznego z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego.
9. Załącznik nr 7 do SWKO – Wzór podpisu i parafy osoby podpisującej formularz oferty.

Gdynia, dn. 04.07.2024 r.

WICEPREZES ZARZĄDU
Jacek Pilarczyk

ZATWIERDZAM:

WICEPREZES ZARZĄDU
Dariusz Natęcz

RADCA PRAWNY
Iwona Koczawska-Kossowska
Gd. 1445

DYREKTOR
ds. Sprzedaży
Piotr Borgula

Gdynia, dnia 2024 r.

FORMULARZ OFERTY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu
magnetycznego z opisem badania w ramach tzw. pakietu onkologicznego
Nr konkursu ofert: 2/UiK/2024

NAZWA OFERENTA	
ADRES WRAZ Z KODEM POCZTOWYM	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY LUB OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA	
REGON	
NIP	
NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
DATA I NUMER WPISU DO KRS LUB DATA WPISU DO CEIDG	
NAZWA BANKU I NUMER KONTA BANKOWEGO OFERENTA	

Załącznik nr 1A do SWKO
Załącznik nr 1 do Umowy

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego z opisem badania w ramach tzw. pakietu onkologicznego na rzecz Szpitali Pomorskich Sp. z o.o. zwanego dalej "Udzielającym zamówienia" – według wykazu badań wskazanych poniżej na okres począwszy od 19.08.2024 r do 18.08.2026 r.

Wykaz świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym:

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Cena brutto (bez kontrastu/ z kontrastem)	Liczba szacunkowa rocznie*	Wartość brutto	Czas oczekiwania na wykonanie badania wraz z opisem	MIEJSCE / LOKALIZACJA WYKONYWANIA BADANIA (wpisać numer z poniższej listy)**
kol. 1	kol. 2	kol. 3	kol. 4	kol. 3 x kol. 4	kol. 5	
1	Głowa		146			
2	Szyja					
3	Twarzoczaszka					
4	Oczodoły		7			
5	Przysadka					
6	Zatoki					
7	MR Głowy + Angio MR		2			
8	Kręgosłup 1 odcinek bez i z kontrastem, w tym:		28			
9	Szyjny					
10	Piersiowy					
11	Lędźwiowy					
12	Tkanki miękkie wskazanej okolicy					12
13	Jama brzuszna		575			
14	Miednica mała					
15	MRCP - drogi żółciowe					
16	Kości, stawy kończyny górnej lub dolnej		15			
17	MRI innych okolic i miejsc nieokreślonych (takie jak: Artrografia, Urografia, gruczoł krokowy)		15			
RAZEM (roczna wartość Oferty):			800			

* Faktyczna liczba wykonywanych badań będzie uzależniona wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienia i może ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu.

**** Miejsce / lokalizacja, w tym adres, miejsca wykonywania badań wraz z numerem telefonu kontaktowego:**

1.
2.
3.
4.

(w razie posiadania większej liczby miejsc wykonywania badań prosimy o ich wskazanie zachowując kolejność numeracji)

Każda z lokalizacji Oferenta musi znajdować się w maksymalnej odległości 65 km od każdej lokalizacji Udzielającego Zamówienie.

Wykaz dni i godzin pracy pracowni (wstawić X w odpowiednie pole):

5 dni tygodniowo, tj. od poniedziałku do piątku (min. w godzinach 8:00 do 18:00)

w godzinach *(proszę uzupełnić)*

szóstego dnia tygodnia, tj. sobota, w godzinach (min. 1 godz.) *(proszę uzupełnić)*

siódmego dnia tygodnia, tj. niedziela, w godzinach (min. 1 godz.) *(proszę uzupełnić)*

.....
(data i podpis Oferenta)

Składający ofertę oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, w zakresie którego składa niniejszą ofertę.
2. zapoznał się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert wraz z załącznikami i nie wnosi w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy wraz z załącznikami oraz zobowiązuje się do podpisania na warunkach określonych w tym wzorze w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego zamówienia, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 6 do SWKO.
4. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączników do SWKO.
5. zobowiązuje się do utrzymania niezmiennej ceny za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy, chyba że konieczność takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
6. jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, na który jest składana oferta, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) i pozostałych przepisach.
7. posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
8. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu, tj.:
 - a) przez okres co najmniej roku przed dniem składania ofert w niniejszym konkursie wykonał na rzecz podmiotów leczniczych minimum 200 badań z zakresu rezonansu magnetycznego i w okresie tym nie została z nim rozwiązana umowa z powodu nienależytego wykonywania usług z tego zakresu,
 - b) posiada środki i możliwości wykonywania badań rezonansu magnetycznego w liczbie i rodzaju nie mniejszym niż objęte niniejszym konkursem.
9. dysponuje osobami uprawnionymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj.: personelem uprawnionym i zdolnym do wykonywania i opisów badań zgodnie z właściwymi wymogami prawa oraz standardami NFZ, dotyczącymi osób wykonujących czynności w pracowni rezonansu magnetycznego.
10. oferuje realizację usług przez cały okres wskazany w umowie.
11. termin płatności za wykonane badania rezonansu magnetycznego w miesięcznym okresie rozliczeniowym wynosić będzie 30 dni.
12. posiada aktualną polisę lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania / przedłoży umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także zobowiązanie w formie oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy *
13. zapewni wykonanie badania wraz z dokonaniem opisu przez lekarza, licząc od momentu zgłoszenia zlecenia na wykonanie badania przez personel Udzielającego zamówienia niezwłocznie, nie później niż 7 dni od zgłoszenia zlecenia na jego wykonanie.
14. posiada dostęp do Portalu Potencjału udostępniony przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem konkursu, kod Świadczeniodawcy / zobowiązuje się wypełnić i przestać do POW NFZ

w Gdańsku wniosek o założenie konta, w terminie do 7 dni od daty zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem*.

15. przyjmuje do wiadomości, że może ulec zmianie zakres i rodzaj badań, ze względu na zapotrzebowanie Udzielającego zamówienia.
16. zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego za pośrednictwem poczty e:mail pod adresem wskazanym w Formularzu Oferty stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO.
17. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym i faktycznym.
18. jest świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

****niewłaściwe skreślić***

.....
(data i podpis Oferenta)

**Wykaz wykonanych usług z zakresu badań rezonansu magnetycznego na rzecz podmiotów
lecniczych przez okres trwający co najmniej 1 rok**

Prosimy dołączyć dokumenty (np. co najmniej 1 referencja) potwierdzające, że usługi dotyczące współpracy w zakresie objętym przedmiotem niniejszego konkursu, zostały wykonane należycie

Lp.	Udzielający zamówienia (podać nazwę i adres jednostki oraz wskazać, czy jest to podmiot leczniczy)	Nazwa i liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych	Miejsce wykonywania świadczeń	Okres wykonywania badań

.....
(data i podpis Oferenta)

Wykaz – liczba i kwalifikacje zawodowe osób uczestniczących w wykonywaniu umowy*

Lp.	Imię i nazwisko	Numer PWZ	Kwalifikacje zawodowe poszczególnych osób (np. specjalizacja- w przypadku specjalizacji I lub II stopnia należy podać stopień specjalizacji)	Staż pracy

**obejmuje lekarzy, w szczególności opisujących badanie oraz pielęgniarki uczestniczące podczas badania*

Osoba wyznaczona do bezpośrednich kontaktów z Udzielającym zamówienia :

....., tel.

.....
(data i podpis Oferenta)

Wykaz sprzętu i aparatury wraz z wykazem podwykonawców

Lp.	RODZAJ APARATU	ROK PRODUKCJI	MIEJSCE POŁOŻENIA APARATU (MIEJSCE WYKONYWANIA BADANIA)

Wykaz podwykonawców (nazwa, adres) ze wskazaniem badań zleczanych tym podwykonawcom:

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis Oferenta)

**KLAUZULA INFORMACYJNA W KONKURSIE OFERT
Nr postępowania 2/UiK/2024)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest spółka Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. (zwany dalej Szpitalem) z siedzibą w Gdyni 81-519 ul. Powstania Styczniowego 1, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000492201 posiadająca numer NIP 5862286770 oraz numer REGON 190141612;
- Szpitale Pomorskie w Gdyni Sp. z o.o. wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, adres email: iod@szpitalepomorskie.eu;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. ci e RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia na świadczenia Nr postępowania 2/UiK/2024 prowadzonym w trybie konkursu ofert, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy.
- Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu ofert z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu ofert, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawnionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem.
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
 - prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych *;
 - prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO **;
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. ci e RODO.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

NIE

2. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

.....
(data, czytelny podpis Oferenta /
upoważnionego przedstawiciela
Oferenta)

Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

.....
(data, czytelny podpis Oferenta /
upoważnionego przedstawiciela
Oferenta)

* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku otwartego konkursu ofert,

** Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

UMOWA nr/.....
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ REZONANSU
MAGNETYCZNEGO Z OPISEM BADAŃ W RAMACH TZW. PAKIETU ONKOLOGICZNEGO**

zawarta w dniu 2024 r. w Gdyni pomiędzy

Szpitalami Pomorskimi Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000492201, NIP 586-22-86-770, REGON 190141612, o kapitale zakładowym w wysokości 179 314 500,00 zł, pokrytym w całości, zwanym w dalszej części niniejszej umowy „**UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA**” reprezentowanym przez:

.....

.....

a

.....z siedzibą w

zarejestrowaną w

posiadającą: REGON NIP

reprezentowaną przez:

.....

zwanym w treści umowy „**PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**”

Zawarcie niniejszej umowy następuje w wyniku konkursu ofert nr 2/UiK/2024 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego z opisem badań w ramach tzw. pakietu onkologicznego zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) oraz odpowiednio stosowanych przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.)

§ 1

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do odpłatnego świadczenia, zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia, zasadami etyki zawodowej, warunkami konkursu ofert nr 2/UiK/2024 oraz obowiązującymi przepisami, świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania **BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO Z OPISEM BADAŃ W RAMACH TZW. PAKIETU ONKOLOGICZNEGO** na rzecz Udzielającego zamówienia od do w godzinach przez okres obowiązywania umowy. Szczegółowy zakres przedmiotu umowy zawiera Załącznik nr 1 do niniejszej umowy – jako jej integralna część.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż spełnia wszelkie niezbędne warunki dla prawidłowego wykonywania przedmiotu umowy, dysponuje odpowiednim zapleczem techniczno – organizacyjnym oraz wykwalifikowaną kadrą a także posiada wszelkie wymagane przepisami prawa pozwolenia na wykonywanie czynności wchodzących w zakres przedmiotowej umowy.
3. Liczba badań określona została szacunkowo. Faktyczna liczba badań zależna jest od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Udzielający zamówienia nie jest zobowiązany do zlecenia badań.

4. Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu badań i wartości umowy o 20 % na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do elastycznego reagowania na zwiększone lub zmniejszone potrzeby Udzielającego zamówienia w zakresie liczby i rodzaju wykonywanych badań.
5. Osoby do kontaktu: ze strony Udzielającego zamówienia Piotr Borgula, tel. 58 72 60 294, e:mail: pborgula@szpitalepomorskie.eu, ze strony Przyjmującego zamówienie, tel....., e:mail:.....

§2

1. Przedmiot umowy wykonywany będzie w oparciu o przekazywane przez Udzielającego zamówienia zlecenia na wykonanie badania, podpisane przez lekarza Udzielającego zamówienia.
2. Wykonanie badania wraz z dokonaniem opisu przez lekarza, licząc od momentu zgłoszenia zlecenia na wykonanie badania w formie papierowej przez personel Udzielającego zamówienia powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni od zgłoszenia zlecenia na jego wykonanie.
3. Przyjmujący zamówienie udostępnia zaszyfrowany opis badania (z uwzględnieniem kodu ICD 9) w formie elektronicznej na adres: dilo@szpitalepomorskie.eu, przesyła do systemu magazynu w chmurze Przyjmującego zamówienie, bądź w inny sposób uzgodniony przez strony. Jednocześnie Przyjmujący zamówienie winien dostarczyć wyniki badań wraz z opisem w wersji papierowej oraz na nośniku elektronicznym Udzielającemu zamówienia do Kancelarii Szpitala z podziałem na poszczególne komórki zlecające na własny koszt i ryzyko lub udostępnić w inny sposób uzgodniony przez strony (np. poprzez odbiór wyników badań przez upoważnionego pracownika komórki zlecającej) nie później niż w dniu następnym po wykonaniu badania i sporządzeniu opisu.

§3

1. Strony są zobowiązane do wzajemnej współpracy w zakresie dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przez Udzielającego zamówienia, a także innych organów kontroli, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie sposobu realizacji umowy, a w szczególności co do realizacji i zakresu wykonywanych świadczeń, prowadzenia dokumentacji medycznej, sprawozdawczości statystycznej oraz sposobu dokonywania rozliczeń za wykonane usługi.

§4

1. Przedmiot umowy wykonywany będzie przez osoby posiadające niezbędne kwalifikacje, wymienione w Załączniku nr 2 do niniejszej umowy stanowiącym jej integralną część (minimalna liczba osób uczestniczących w wykonywaniu umowy). Zmiana realizacji świadczeń przez inną osobę wskazaną przez Przyjmującego zamówienie nie wymaga formy pisemnej w postaci aneksu.
2. Przedmiot umowy wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Przyjmujący zamówienie może zlecać wykonanie części badań wyłącznie Podwykonawcom wskazanym w Załączniku nr 3 do niniejszej umowy. Zmiana Podwykonawcy wymaga pisemnej zgody Udzielającego zamówienia.

§5

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji i dokumentów uzyskanych od Udzielającego zamówienia w związku z realizacją niniejszej umowy, w tym w szczególności do podjęcia odpowiednich kroków w celu ochrony ich poufnego charakteru.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przyjęcia pełnej odpowiedzialności za wykonanie przedmiotu konkursu w przypadku jego realizacji przez podwykonawców.
3. Wszelkie materiały, dokumenty oraz informacje uzyskane przez Strony, w sposób zamierzony lub przypadkowy w związku z realizacją Umowy, mogą być wykorzystane tylko w celu jej realizacji. Przyjmujący zamówienie nie będzie publikować, przekazywać, ujawniać ani udzielać żadnych informacji, które uzyska w związku z realizacją niniejszej Umowy, o ile nie będzie to uchybiać aktualnie obowiązującym przepisom prawa.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się nie rozpowszechniać w zakresie jego działalności zawodowej i pozazawodowej informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, przedsiębiorstwa Udzielającego zamówienia oraz osób kierujących przedsiębiorstwem Udzielającego zamówienia w sposób naruszający jego dobre imię, renomę lub inny interes.
5. Udzielający zamówienia jest zobowiązany do zapewnienia ochrony danych osobowych pozyskanych lub udostępnionych mu w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000) lub innymi regulacjami o charakterze wewnętrznym w tym przedmiocie, obowiązujących u Przyjmującego zamówienie, o ile Przyjmujący zamówienie uprzednio udostępnił je Udzielającemu zamówienia.
6. Strony zobowiązują się do stosowania 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 (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 4 maja 2016 r. L 119). Każda ze Stron ponosi odpowiedzialność za stosowanie we własnej działalności wskazanego rozporządzenia.
7. Strony odpowiadają za działania lub zaniechania osób, którym powierzają wykonanie niniejszej Umowy, jak za działania lub zaniechania własne.
8. Strony oświadczają, że dysponują stosownymi procedurami oraz zabezpieczeniami umożliwiającymi zagwarantowanie tajności przekazywanych sobie nawzajem Informacji poufnych.
9. 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.
10. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż jest uprawniony do podania Udzielającemu zamówienia danych osobowych osób uczestniczących w wykonywaniu niniejszej umowy ze strony Przyjmującego Zamówienie, zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy.
11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż osoby uczestniczące w wykonywaniu niniejszej umowy po jego stronie zostały poinformowane o celu i zakresie przetwarzania ich danych osobowych przez Udzielającego zamówienia w związku z zawarciem niniejszej umowy.

§6

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do świadczenia usług w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę i zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia, zapewniając nowoczesną aparaturę diagnostyczną gwarantującą wysoką jakość uzyskiwanych wyników badań

- i posiadającą dopuszczenie do stosowania w placówkach ochrony zdrowia na terenie RP, zgodnie z Załącznikiem nr 3 do umowy.
2. Świadczenia wykonywane będą na terenie Przyjmującego zamówienie, w miejscach wskazanych w Załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
 3. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość wykonywania badań przez podwykonawców wskazanych przez Przyjmującego zamówienie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Umowy, za których przejmuje on pełną odpowiedzialność za wykonanie przedmiotu konkursu, w zakresie wskazanym przez Przyjmującego zamówienie i zaakceptowanym przez Udzielającego zamówienia. W przypadku wykonywania badań przez podwykonawców wskazanych przez Przyjmującego zamówienie koszty odpowiedniego transportu medycznego ponosi Przyjmujący zamówienie.
 4. W przypadku niezorganizowania przez Przyjmującego zamówienie zastępczego wykonania świadczenia zdrowotnego, Udzielający zamówienia sam zorganizuje zastępcze wykonanie świadczenia zdrowotnego wraz z transportem i ma prawo do obciążenia tymi kosztami Przyjmującego zamówienie.
 5. Pomieszczenia i urządzenia, przy pomocy których Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń muszą odpowiadać określonym standardom wynikającym z przepisów prawa, w tym z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595), zaś aparatura medyczna posiadać winna krajowe atesty i dopuszczenia do stosowania w służbie zdrowia na terenie Polski uzyskane w trybie odrębnych przepisów.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
 - a) rzetelnego wykonywania przedmiotu umowy według swej najlepszej wiedzy i należytej staranności wynikającej z zawodowego charakteru prowadzonej działalności,
 - b) starannego prowadzenia dokumentacji medycznej, stosownie do wymogów wynikających z właściwych przepisów prawa,
 - c) przechowywania zleceń wystawionych przez Udzielającego zamówienia i udostępniania ich do wglądu na wniosek Udzielającego zamówienia,
 - d) poddania kontroli stosownych organów kontroli, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie sposobu realizacji umowy, a w szczególności co do realizacji i zakresu wykonywanych świadczeń, prowadzenia dokumentacji medycznej, sprawozdawczości statystycznej oraz sposobu dokonywania rozliczeń za wykonane usługi.
2. Przyjmujący zamówienie będzie przekazywał niezwłocznie na żądanie Udzielającego zamówienia, na piśmie, wszelkie dodatkowe informacje o realizacji świadczeń medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do współpracy w zakresie standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w ramach Diagnostyki Obrazowej oraz procedur Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, PN-N 18001:2004 i ISO 27001:2013) umożliwiając Udzielającemu zamówienia utrzymanie akredytacji i certyfikacji.

§ 8

1. Przyjmującemu zamówienie przysługuje z tytułu wykonywania niniejszej umowy wynagrodzenie w wysokości stanowiącej iloczyn udzielonych świadczeń zdrowotnych zgodnie ze stanem wynikającym z potwierdzonych specyfikacji i wartością poszczególnych świadczeń wskazaną w Załączniku Nr 1 do umowy.

2. Liczba badań określonych w Załączniku nr 1 do Umowy jest liczbą szacunkową i nie może stanowić podstawy jakichkolwiek roszczeń o zapłatę dla Przyjmującego zamówienia. Faktyczna liczba wykonywanych badań będzie uzależniona wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienia i może ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do każdorazowego przedkładania wraz z fakturą odpowiednio zabezpieczonego pod względem ochrony danych osobowych załącznika w formie elektronicznej na adres e:mail zawierającego niezbędny ustalony zakres danych, w tym minimum:
 - a) wykaz pacjentów – imię i nazwisko oraz PESEL
 - b) data realizacji usługi medycznej
 - c) nazwa świadczenia zdrowotnego i kod procedury (ICD9)
 - d) komórka organizacyjna zlecająca badanie wraz z lokalizacją Udzielającego zamówienia
 - e) lekarz zlecający badanie
 - f) tryb zlecenia badania
 - g) cena jednostkowa badania
4. Wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne płatne będzie w cyklu miesięcznym w terminie 30 dni od otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia wraz z wymaganym załącznikiem, przelewem na wskazane przez Przyjmującego zamówienie konto bankowe:
5. Udzielający zamówienia oświadcza, iż jest płatnikiem podatku VAT, NIP 586-22-86-770 i wyraża zgodę na wystawianie faktur bez podpisu odbiorcy.
6. Terminem zapłaty za świadczenia medyczne jest dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niezapłacenia za badania, które były wykonane nieprawidłowo, niedokładnie, nierzetelnie lub wymagały powtórzenia. Ocenę poprawności wykonanych badań dokonywać będzie lekarz, który zlecał badania - przedstawione wyniki badań muszą być dla niego czytelne i jasne. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie tylko za badania wykonane i potwierdzone uzyskaniem wyniku.
8. W okresie trwania umowy szacunkowa wartość świadczeń medycznych wynosi zł (maksymalna wartość umowy).
9. Strony ustalają, że w trakcie obowiązywania umowy ceny świadczeń zdrowotnych określonych w załączniku nr 1 do Umowy nie mogą ulec zmianie (za wyjątkiem ustawowej stawki podatku VAT) chyba, że konieczność takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

§9

1. Przyjmujący zamówienie poddaje się obowiązkowi kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne uprawnione organy i osoby, w szczególności co do:
 - a) sposobu realizacji świadczeń,
 - b) korzystania z aparatury medycznej,
 - c) prowadzenia dokumentacji medycznej,
 - d) wykonywania niniejszej umowy.

§10

1. Strony umowy ustalają, że Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo do zastosowania wobec Przyjmującego zamówienie kary umownej w wysokości 15% wartości wykonanych świadczeń objętych umową, obliczonej na podstawie średniej z trzech poprzedzających miesięcy w przypadku:

- a) niewykonania usługi bez uzasadnionej przyczyny,
 - b) uzasadnionej skargi, gdy wynika ona z naruszenia niniejszej umowy lub przepisów prawa, obowiązujących procedur i regulaminów lub dobrych obyczajów,
 - c) zachowania niezgodnego z kodeksem etyki,
 - d) istotnego nieszanowania:
 - a) postanowień niniejszej umowy,
 - b) przepisów prawa,
 - c) obowiązujących procedur i regulaminów,
 - e) niestarannego lub nierzetelnego wykonywania poszczególnych czynności związanych z realizacją niniejszej umowy,
 - f) niestosowania się do zaleceń i wskazówek Udzielającego zamówienia lub upoważnionych przez niego osób.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu zamówienia karę umowną w wysokości 20% wartości danego zleconego badania za każde rozpoczęte 12 godzin opóźnienia w doręczeniu prawidłowego wyniku.
 3. O zastosowanej karze Udzielający zamówienia ma obowiązek poinformować na piśmie Przyjmującego zamówienie.
 4. Kary umowne potrącane będą na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego zamówienie za ten miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpiło stwierdzenie jednej z okoliczności określonych niniejszą umową.
 5. Powyższe kary umowne nie wykluczają dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, jeżeli kara umowna nie pokryje wyrządzonej szkody.
 6. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy lub wynikającą z ich zaniechania.

§11

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w której okres objęcia ochroną obejmować będzie co najmniej czas trwania niniejszej umowy na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866).

§12

Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony od dnia zawarcia po prawomocnym rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, z mocą obowiązywania od 19.08.2024 r. do 18.08.2026 r.

§13

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
 - a) z upływem czasu, na który była zawarta,
 - b) z dniem zakończenia udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy przez Udzielającego zamówienia,
 - c) wskutek oświadczenia Udzielającego zamówienia, z zachowaniem 2-tygodniowego okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie rażąco narusza istotne postanowienia umowy,
 - d) w każdym czasie za zgodnym porozumieniem stron.

2. Umowa może być również rozwiązana przez Udzielającego zamówienia bez zachowania okresu wypowiedzenia, ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku:
 - a) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień koniecznych do realizacji świadczeń zdrowotnych,
 - b) nieudokumentowania w terminie 7 dni od podpisania niniejszej umowy, zawarcia przez Przyjmującego zamówienie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania,
 - c) gdy Przyjmujący zamówienie zalega z należnymi opłatami za dwa okresy płatności lub dopuszcza się naruszeń innych istotnych postanowień umowy,
 - d) gdy Przyjmujący zamówienie zaprzestanie realizacji świadczeń zdrowotnych,
3. Każdej ze stron przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Rozwiązanie umowy wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej.

§ 14

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do uzupełnienia swoich danych dotyczących personelu, harmonogramu oraz sprzętu w Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wynikającym z postanowień przedmiotowej Umowy, niezbędnych do złożenia przez Udzielającego zamówienia ofert w postępowaniach konkursowych ogłaszanych i prowadzonych przez POW NFZ w Gdańsku. Uzupełnienie winno obejmować także wprowadzenie danych w części Portalu Potencjału NFZ obejmującej Umowę podwykonawstwa, co umożliwi Udzielającemu zamówienia wykazanie przed POW NFZ Przyjmującego zamówienie jako podwykonawcy. Kod Świadczeniodawcy Przyjmującego zamówienie
2. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie nie posiada podpisanej umowy na świadczenie usług medycznych z POW NFZ w Gdańsku, a tym samym nie posiada dostępu do Portalu Potencjału NFZ, zobowiązuje się wypełnić i przesłać do POW NFZ w terminie do 7 dni od daty zawarcia niniejszej umowy, wniosek o założenie konta w portalu.

§15

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz kodeksu cywilnego, a także pozostałe przepisy prawa.

§16

1. Strony zgodnie oświadczają, że zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszystkich warunków, przedmiotu, treści, sposobu wykonywania i skutków niniejszej umowy.
2. Zastrzeżenie powyższe nie dotyczy uprawnionych organów w ramach wykonywanych przez nie zadań na podstawie obowiązujących przepisów.

§17

1. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osoby trzecie praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
2. Zakazuje się pod rygorem nieważności dokonywania cesji wierzytelności jak również zawierania jakichkolwiek czynności prawnych mających na celu zmianę wierzyciela bez pisemnej zgody

Udzielającego zamówienia.

§18

1. W związku z nałożonymi zadaniami obronnymi w ramach realizacji Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27.06.2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 741) Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany udzielać świadczeń zdrowotnych w każdym czasie, także podczas wystąpienia sytuacji kryzysowych oraz zaistnienia zagrożenia państwa i w czasie wojny. W przypadku powyższych okoliczności w czasie trwania niniejszej umowy zobowiązuje się do świadczenia usług przewidzianych tą umową w liczbie zabezpieczającej potrzeby Udzielającego zamówienia.
2. W razie konieczności czasowego zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych z przyczyn niezależnych od Przyjmującego zamówienie, w tym w razie zaistnienia siły wyższej, powinien on zawiadomić z wyprzedzeniem Udzielającego zamówienia o planowanej przerwie, jej przyczynie oraz przewidywanym okresie trwania przerwy.
3. Udzielający zamówienia może umowy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym w razie wystąpienia przerwy, o której został powiadomiony w ww. trybie, jeżeli trwa ona dłużej niż miesiąc. Oświadczenie o wypowiedzeniu powinno zostać złożone Przyjmującemu zamówienie w terminie tygodnia od upływu miesięcznego okresu przerwy w udzielaniu świadczeń.
4. Udzielający zamówienia może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym w razie przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, która nie została uzgodniona w trybie opisanym powyżej, a która wystąpiła po stronie Przyjmującego zamówienie i trwała dłużej niż tydzień. Oświadczenie o wypowiedzeniu powinno zostać złożone Przyjmującemu zamówienie w terminie miesiąca od upływu tygodnia od zaprzestania udzielania świadczeń.
5. Za siłę wyższą uważane będą wszystkie zdarzenia, jakich nie da się przewidzieć w chwili zawarcia umowy, ani im zapobiec i na które żadna ze Stron nie będzie miała wpływu, w szczególności: powódź, pożar, trzęsienie ziemi, epidemia. Dla uniknięcia wszelkich wątpliwości Strony postanawiają, że za siłę wyższą należy uznać także przyszłe i nieznanne stronom na dzień zawarcia niniejszej umowy skutki epidemii COVID-19 na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Strona, dla której wystąpiła niemożność lub znaczna trudność w wykonaniu zobowiązań spowodowanych siłą wyższą zobowiązana jest zawiadomić niezwłocznie w formie pisemnej drugą Stronę o wystąpieniu siły wyższej.
7. W przypadku wystąpienia siły wyższej, Strony mogą przystąpić do renegocjacji umowy tak, by przystosować ją do zaistniałych okoliczności.

§19

1. Wszelkie zmiany umowy dokonywane będą zgodnie z art. 27 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej i wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu.
2. Nieważna jest zmiana postanowień umowy oraz wprowadzanie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

§20

Wszelkie spory wynikłe na tle wykonywania przedmiotowej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie Sądu właściwego ze względu na siedzibę Udzielającego zamówienia.

§21

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

.....
UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

.....
PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

Załączniki:

1. Formularz oferty (załącznik nr 1A do SWKO) – Załącznik nr 1 do Umowy
2. Wykaz - liczba i kwalifikacje zawodowe osób uczestniczących w wykonywaniu umowy – Załącznik nr 2 do Umowy
3. Wykaz sprzętu i aparatury wraz z wykazem podwykonawców - Załącznik nr 3 do Umowy

Dane oferenta:

nazwa Oferenta:

adres:

WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY PODPISUJĄCEJ FORMULARZ OFERTY

Lp.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

