

## FORMULARZ OFERTOWY

### 1. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
PESEL	
NIP	
REGON	

### 2. OFERUJĘ:

Udzielanie świadczeń w zakresie: .....

W

Oddziale/Poradni .....

.....

### 3. PROPONUJĘ:

Stawka za godzinę udzielania świadczeń lekarskich w godzinach podstawowej ordynacji

Oddziału .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń lekarskich w ramach dyżuru medycznego .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń lekarskich w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii .....

Stawka za punkt rozliczeniowy ..... w Poradni .....

Stawka za badania endoskopowe w Pracowni Endoskopii .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń lekarskich w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej .....

Stawka za udzielanie świadczeń lekarskich w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyzm .....

Stawka za udzielanie świadczeń w Pracowni RTG, USG, Tomografii Komputerowej .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń pielęgniarskich w Oddziale .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń pielęgniarskich na Bloku Operacyjnym .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń przez pielęgniarki, położne w Izbie Przyjęć .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń pielęgniarskich w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń pielęgniarskich w Pracowni Endoskopowej .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń pielęgniarskich w Pracowni Tomografii Komputerowej .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń przez położną w Poradni Ginekologiczno – Położniczej .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń przez ratownika medycznego w lecznictwie szpitalnym i transportach międzyszpitalnych .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń przez fizjoterapeutów/techników fizjoterapii/techników masażystów w Oddziale Rehabilitacji<sup>x</sup>, Pracowni Fizjoterapii<sup>x</sup>, Ośrodka Rehabilitacji Diennej<sup>x</sup>, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicyzm<sup>x</sup> .....

Stawka za godzinę udzielania świadczeń przez opiekunów medycznych w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyzm .....

#### **4. Zobowiązuję się do świadczenia usług - średniotygodniowo .....**

#### **5. OFERTA z załącznikami zawiera łącznie ..... ponumerowanych stron.**

.....  
(miejsowość, data sporządzenia oferty)

.....  
(podpis oferenta)

<sup>x</sup> właściwe podkreślić.

Oferent wypełnia właściwy zakres.

## OŚWIADCZENIA OFERENTA

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert.
3. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik nr 3 Szczegółowych Warunków Ofert.
4. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia.
5. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością.
6. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
7. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku (Dz. U. nr 293 poz. 1729), dostarczenia jej najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia spełnienia powyższego obowiązku.
9. Oświadczam, iż pełnię/nie pełnię (właściwe zaznaczyć) funkcji kierowniczych lub organizacyjnych u innego przedsiębiorcy Udzielającego Zamówienie w zakresie usług zdrowotnych.
10. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis oferenta)

## Oświadczenie o zatrudnieniu

Niniejszym oświadczam, że w chwili obecnej jestem zatrudniony w niżej wymienionych jednostkach:

Lp.	Nazwa jednostki	Forma zatrudnienia Umowa o pracę/kontrakt cywilno-prawny	Czas obowiązywania umowy/ kontraktu

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis oferenta)

## PROJEKT UMOWY

Umowa nr ...../2019

zawarta w dniu ..... w Łosicach

Na podstawie art. 26, art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018r poz. 160) w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert ogłoszonego i przeprowadzonego przez Udzielającego Zamówienia pomiędzy:

pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Łosicach, zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego za numerem 0000028864, NIP: 496-01-07-638, REGON: 000304585,

reprezentowanym przez Dyrektora Grażynę Podlipniak-Sobczyńską

dalej zwanym „Udzielającym Zamówienia ”,

a

..... prowadzącego/ą działalność gospodarczą pod firmą ....., NIP ..... ; REGON ....., zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”

Będącymi stronami zawierają umowę następującej treści:

### §1 Definicje

**SP ZOZ Łosice**

oznacza Udzielającego Zamówienia;

**ustawa o prawach pacjenta** oznacza ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. Z 2017r. Poz. 1318);

<b>dni wolne od pracy</b>	oznacza dni wolne od pracy określone w ustawie z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (t.j. Dz.U. Z 2018r. Poz. 617)
<b>Zamówienie</b>	oznacza Zamówienie, o którym mowa w §2 niniejszej Umowy.

### **§2 Przedmiot i miejsce wykonywania Zamówienia**

Udzielający Zamówienie zleca Przyjmującemu Zamówienie udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ....., a Przyjmujący Zamówienie zlecenie przyjmuje.

### **§3 Czas wykonywania Zamówienia**

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zamówienia, zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem miesięcznym ustalonym i uzgodnionym przez strony umowy.

### **§4 Sposób wykonywania Zamówienia**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zamówienia z należytą starannością uwzględniając cel zawarcia umowy, zawodowy charakter wykonywanych czynności wykorzystując aktualny stan wiedzy i umiejętności medycznych.
2. Przyjmujący Zamówienia zobowiązuje się do osobistego wykonywania zamówienia bez prawa do samodzielnego przenoszenia nałożonych obowiązków wynikających z umowy na inne osoby lub podmioty gospodarcze,
3. Obowiązek określony pkt 2 tego przepisu nie dotyczy sytuacji , w której ze względu na okoliczności siły wyższej niezależnej od Przyjmującego Zamówienie uniemożliwia wykonywanie zamówienia przyjmując, że siłą wyższą jest brak możliwości wykonywania świadczenia z uwagi na stan zdrowia potwierdzony zwolnieniem lekarskim lub inne okoliczności niezależne od strony umowy lub wynikające z przepisów, które nie mogły być przewidziane w dacie zawarcia umowy.
4. W przypadku określonym w pkt 3 powyżej Przyjmujący Zamówienie, w porozumieniu ze Udzielającym Zamówienia ustala zastępstwo i przekazuje

obowiązki wynikające z niniejszej umowy podmiotowi, który posiada aktualną umowę tego samego rodzaju z Udzielającym Zamówienia.

5. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do zapewnienia w czasie świadczenia usług pomieszczeń socjalnych do użytku przez Przyjmującego Zamówienie w celach odbywania krótkiego wypoczynku, niekolidującego z wykonywaniem Zamówienia.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do prowadzenia, udostępniania oraz weryfikacji dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta oraz przepisów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy lub innych przepisów prawa, według wzorów obowiązujących w SP ZOZ Łosice oraz w zakresie przewidzianym w regulacjach wewnętrznych SP ZOZ Łosice.
7. Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest do przestrzegania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U.2018r. Poz. 1000, 1669).
8. Na polecenie Udzielającego Zamówienia, Przyjmujący Zamówienie, obowiązany jest do uczestnictwa w szkoleniach organizowanych przez Udzielającego Zamówienia, a Udzielający Zamówienia nie może żądać wynagrodzenia za przeprowadzenie szkolenia, natomiast Przyjmujący Zamówienie za uczestnictwo w takim szkoleniu.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się w przypadkach wskazanych w przepisach do używania w trakcie świadczenia usługi ubrania ochronnego wraz z identyfikatorem według wzoru określonego przez Udzielającego Zamówienia, Odzież ta pozostaje własnością Przyjmującego Zamówienie.
10. Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest do wykonywania Zamówienia z poszanowaniem godności chorego oraz z uwzględnieniem wymogów kultury osobistej. Zakazane jest wykonywanie świadczenia przez Przyjmującego Zamówienie, jeśli pozostaje pod wpływem alkoholu bądź innych środków odurzających pod rygorem rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
11. Przyjmujący Zamówienie nie może żądać świadczeń wzajemnych od pacjentów za wykonywanie Zamówienia, chyba że odpłatność taka wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego i odprowadzana jest na rachunek SP ZOZ Łosice.

## **§5 Środki niezbędne do wykonywania Zamówienia**

1. Przyjmujący Zamówienie wykonuje Zamówienie przy wykorzystaniu sprzętu, aparatury i innych środków SP ZOZ Łosice, niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz innych usług pozostających w zakresie Zamówienia. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do ich dostarczenia w terminie i w miejscu wykonywania Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie nie jest uprawniony do wykorzystywania sprzętu powierzonego przez Udzielającego Zamówienia do innych celów niż wykonywanie Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest do zabezpieczenia oraz utrzymania sprzętu w pełnej gotowości, sprawności i czystości.
4. Konserwacja, uzupełnienie lub naprawa sprzętu, aparatury i innych środków powierzonych Przyjmującemu Zamówienie odbywa się na koszt Udzielającego Zamówienia, chyba że konieczność dokonania tych czynności powstała z winy Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest do zgłoszenia wszelkich awarii sprzętu powierzonego Przyjmującemu Zamówienie, niemających drobnego charakteru lub których Przyjmujący Zamówienie nie może usunąć w ramach obowiązków określonych w niniejszym paragrafie, niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 30 minut od spostrzeżenia awarii, braku lub niezdatności środków do użycia.
6. Przyjmujący Zamówienie odpowiada za szkody w mieniu powierzonym przez Udzielającego Zamówienia w pełnej wysokości, jeżeli powstały one w wyniku rażącego niedopełnienia świadczonych usług.

## **§6 Wyłączenie stosowania przepisów prawa pracy**

Dla uniknięcia wątpliwości, Strony oświadczają, że w ramach wykonywania Zamówienia Przyjmujący Zamówienie nie jest pracownikiem SP ZOZ Łosice, a jedynie świadczy usługi na podstawie umowy, objętej zakresem Zamówienia w ramach prowadzenia własnej działalności gospodarczej.

## **§7 Oświadczenia i zapewnienia Przyjmującego Zamówienie**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza i zapewnia, że:

1) spełnia warunki do wykonywania zawodu  
.....

2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie świadczonych usług w zakresie zamówienia.

2. Na dowód powyższego Przyjmujący Zamówienie przedkłada:

1) kopię dyplomu ukończenia studiów wyższych w zakresie ..... lub dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego .....

2) wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej potwierdzający prowadzenie tej działalności przez Przyjmującego Zamówienie;

3) zaświadczenie lekarskie z przychodni medycyny pracy potwierdzające stan zdrowia pozwalający na wykonywanie świadczenia na rzecz Udzielającego Zamówienie.

### **§8 Kontrola świadczenia usług przez Przyjmującego Zamówienie**

1. Przyjmujący Zamówienie na każde żądanie Udzielającego Zamówienia udzieli wyjaśnień w zakresie udzielonych przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych, a bez żądania – w zakresie określonym przez Udzielającego Zamówienia w przepisach wewnętrznych SP ZOZ Łosice.

2. Na każde żądanie Udzielającego Zamówienia, Przyjmujący Zamówienie podda się kontroli w zakresie wykonywania zamówienia, zarówno w miejscu świadczenia usług pozostających w zakresie Zamówienia jak i w siedzibie SP ZOZ Łosice.

### **§9 Odpowiedzialność za szkody**

1. Przyjmujący Zamówienie jest odpowiedzialny za szkody majątkowe oraz niemajątkowe wyrządzone SP ZOZ Łosice lub osobom trzecim w związku z wykonywanym Zamówieniem, z uwzględnieniem obowiązków wynikających z niniejszej Umowy oraz przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Przyjmującego Zamówienie podmiotu wykonującego

działalność leczniczą (Dz.U.11.293.1729) oraz kontynuowania ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

3. Przyjmujący Zamówienie przedkłada kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej oraz zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Udzielającemu Zamówienia kopię każdego dokumentu zmieniającego treść zawartej polisy ubezpieczeniowej, a w szczególności przedłużenie jej obowiązywania.
4. Udzielający Zamówienia nie odpowiada wobec Przyjmującego Zamówienie za poniesione przez niego szkody majątkowe lub niemajątkowe związane z wykonywaniem Zamówienia, chyba że szkoda wynika z rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej Udzielającego Zamówienia.

### **§10 Wynagrodzenie**

1. Strony umowy ustalają, że Udzielający Zamówienia wypłaci Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie za wykonywane świadczenie zgodnie z ustalonym miesięcznym harmonogramem w wysokości:
  - ..... (słownie:       zł. .../100 ),
  - ..... (słownie:       zł. .../100 ),Ilość godzin świadczenia usług będzie wykazywana na fakturze przez Przyjmującego Zamówienie.
2. Wypłata wynagrodzenia nastąpi na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie za okres miesiąca kalendarzowego i dostarczeniu jej do siedziby Udzielającego Zamówienia nie później niż 03-go dnia następnego miesiąca. Realizacja otrzymanej faktury nastąpi do dnia 08-go następnego miesiąca, na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego Zamówienie.
3. W przypadku przekroczenia terminu określonego w pkt 2 realizacja zapłaty wynikającej z wystawionej faktury nastąpi w terminie 10 dni od jej złożenia.
4. Ustalona przez strony wysokość wynagrodzenia za wykonywane świadczenie jest pomniejszona o okres zawieszenia wykonywania zamówienia w trybie określonym w §11 ust. 4.
5. Przyjmujący Zamówienie pomniejsza wartość o okres nie wykonanego świadczenia w związku z zawieszeniem wykonywania zamówienia w wystawionej fakturze bez osobnego wezwania przez Udzielającego Zamówienie.

## **§11 Zawieszenie wykonywania Zamówienia**

1. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje prawo do zawieszenia wykonywania świadczenia usługi w przypadku planowanej bezpłatnej przerwy w wymiarze do 30 dni w roku kalendarzowym, który to okres nie wliczany jest do warunków świadczenia określonego w umowie. Zawieszenie wykonywania zamówienia nie przekraczająca 30 dni w roku kalendarzowym nie powoduje zmiany treści umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie ustala termin wykorzystania prawa do zawieszenia wykonywania Zamówienia w porozumieniu z Udzielającym Zamówienia przynajmniej na 30 dni od dnia planowanego zawieszenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ustanowienia zastępstwa na czas nieobecności w porozumieniu pisemnym z Udzielającym Zamówienia we własnym zakresie i przekazuje obowiązki wynikające z niniejszej umowy podmiotowi, który posiada aktualną umowę tego samego rodzaju z Udzielającym Zamówienia, chyba że Udzielający Zamówienia postanowi inaczej.
4. Udzielający Zamówienia ma prawo do pomniejszenia wartości miesięcznego wynagrodzenia za wykonywane świadczenie proporcjonalnie do wartości świadczenia usługi przez Przyjmującego Zamówienie.

## **§12 Czas trwania Umowy**

Umowa zostaje zawarta na czas od dnia 01 lutego 2019 roku do dnia 31 stycznia 2022 roku.

## **§ 13 Wypowiedzenie**

1. Umowa może być wypowiedziana przez każdą ze stron za jednomiesięcznym wypowiedzeniem bez podania przyczyn.
2. Wypowiedzenie, o którym mowa w ust. 1, każda ze stron umowy dokonuje na piśmie.
3. Umowa może być wypowiedziana przez Przyjmującego Zamówienie w przypadku opóźnienia z wypłatą wynagrodzenia przekraczającą 60 dni.
4. Umowa może być rozwiązana przez Udzielającego Zamówienia bez terminu wypowiedzenia jeżeli:
  - 1) Przyjmujący Zamówienie nie spełnia warunków określonych w §8 niniejszej Umowy lub na kolejne wezwanie Udzielającego Zamówienia nie udokumentował ich spełnienia;
  - 2) Przyjmujący Zamówienie nie zawarł lub nie kontynuuje umowy

ubezpieczenia, o której mowa w §9;

3) Przyjmujący Zamówienie wbrew przepisom prawa zażądał od pacjenta wynagrodzenia za udzielanie świadczeń zdrowotnych;

4) Przyjmujący Zamówienie z winy umyślnej spowoduje szkodę Udzielającego Zamówienia lub działaniami związanymi z wykonywaniem Zamówienia spowoduje szkodę majątkową lub niemajątkową osobie trzeciej;

5) Przyjmujący Zamówienie inaczej rażąco uchybi zasadom wykonywania zawodu, przepisom prawa lub regulacjom wewnętrznym Udzielającego Zamówienia obowiązującym Przyjmującego Zamówienie lub innym postanowieniom niniejszej Umowy.

#### **§14 Postanowienia końcowe**

1. Umowa niniejsza podlega prawu polskiemu.
2. Wszelkie spory wynikające z niniejszej Umowy lub pozostające z nią w związku rozpatrywane będą przez sąd powszechny.
3. W przypadku, w którym którekolwiek z postanowień niniejszej umowy zostanie uznane za nieważne, nieistniejące, bezskuteczne, niewykonalne lub niemożliwe do wyegzekwowania pod jakąkolwiek jurysdykcją, Strony postanawiają, że w tym zakresie stosować będą postanowienia jak najbardziej zbliżone do celu i charakteru niniejszej Umowy, w pozostałym zaś zakresie Umowa ta pozostawać będzie w mocy.
4. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. Niniejsza Umowa została zawarta w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednej dla każdej ze stron.

---

Udzielający Zamówienia

---

Przyjmujący Zamówienie

Łosice, dnia .....

## OŚWIADCZENIA OFERENTA

Ja   niżej   podpisany .....  
legitymujący się ..... oświadczam, że w dniu .....  
wycofuję złożoną ofertę dotyczącą świadczenia usług w zakresie .....  
..... na rzecz Udzielającego Zamówienie.

.....  
(podpis Oferenta)

Potwierdzenie przyjęcia złożonego oświadczenia

.....