

Płock, dnia 26.11.2019 r.

## OGŁOSZENIE

Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

w Płocku, ul. Medyczna 19

### OGŁASZA KONKURS OFERT Nr DON.2912.5.2019

#### NA WYKONYWANIE BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO W PRZYPADKU AWARII APARATÓW REZONANSU MAGNETYCZNEGO W WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W PŁOCKU

Umowa dotycząca przedmiotu konkursu ofert będzie obejmowała okres od dnia 1 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku.

Szczegółowe warunki konkursu ofert i materiały informacyjne o przedmiocie konkursu ofert wraz z załącznikami (w tym obowiązujący formularz oferty) Oferenci mogą pobrać ze strony internetowej Udzielającego Zamówienia [www.wszplock.pl](http://www.wszplock.pl) lub odebrać w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku, ul. Medyczna 19, pokój nr 43, w godz. 7:30 - 14:30 za odpłatnością w wysokości 0,02 zł brutto za 1 stronę formatu A- 4 .

Wypełniony formularz „Oferty” w formie pisemnej razem z wymaganymi dokumentami znajdujące się w zamkniętej kopercie opatrzonej nazwą i adresem Oferenta oraz napisem:

***„Oferta na wykonywanie badań rezonansu magnetycznego w przypadku awarii aparatów rezonansu magnetycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku ( DON.2912.5.2019) Nie otwierać do dnia 5.12.2019 r. do godz. 11<sup>30</sup>”.***

należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienie do dnia 5.12.2019. do godz. 11<sup>00</sup> - pokój nr 43.

Oferent będzie związany ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia jej złożenia.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminów składania ofert i rozstrzygnięcia konkursu, bez podania przyczyn.

Oferenci mogą składać skargi i protesty dotyczące konkursu ofert zgodnie z zapisami art. 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019r., poz.1373).

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**  
**Nr DON.2912.5.2019**  
**MATERIAŁY INFORMACYJNE**  
**O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT**  
**z dnia 26.11.2019 roku**

**na:**

**NA WYKONYWANIE BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO W  
PRZYPADKU AWARII APARATÓW REZONANSU MAGNETYCZNEGO W  
WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W PŁOCKU**

**Termin składania ofert: 5.12.2019 r. godz. 11<sup>00</sup>.**

Podstawa prawna przeprowadzenia konkursu ofert:

- 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity, Dz.U. z 2018r., poz. 2190),
- 2) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity, Dz.U. z 2019r., poz. 1373).

***Załączniki:***

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Załącznik Nr 1</b> | - Materiały informacyjne  |
| <b>Załącznik Nr 2</b> | - Formularz ofertowy  |
| <b>Załącznik Nr 3</b> | - Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.  |
| <b>Załącznik Nr 4</b> | - Aktualny wypis z właściwego rejestru lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej  |
| <b>Załącznik Nr 5</b> | - Określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny<br>Określenie warunków lokalowych.  |
| <b>Załącznik Nr 6</b> | -Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych tj. badań tomografii komputerowej.   |
| <b>Załącznik Nr 7</b> | -Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem.  |
| <b>Załącznik Nr 8</b> | -Wzór umowy na wykonywanie badań tomografii komputerowej w trybie całodobowym w przypadku awarii aparatów tomografii komputerowej w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym w Płocku |

## **MATERIAŁY INFORMACYJNE**

### **I. Udzielający zamówienia.**

Udzielającym zamówienia jest:

Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

09-400 Płock

ul. Medyczna 19

tel. 24/36 46 100, fax 24 36 46 821, e-mail: [sekretariat@wszplock.pl](mailto:sekretariat@wszplock.pl)

### **II. Przedmiot konkursu ofert.**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wykonywanie badań diagnostycznych rezonansu magnetycznego w przypadku awarii aparatów rezonansu magnetycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku
2. Konkursem objęte są badania ujęte w pakiecie.
3. Nie dopuszcza się możliwości dzielenia pakietu.

### **III. Wymagania stawiane Oferentom.**

1. Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty wyłącznie przez Oferenta mającego uprawnienia do prowadzenia działalności objętej postępowaniem i zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru.
2. Przyjmujący zamówienie dysponuje odpowiednią ilością kadry medycznej i wykonywanie badań rezonansu magnetycznego w przypadku awarii aparatów rezonansu magnetycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku, będące przedmiotem zamówienia będą wykonywane przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje.
3. Przyjmujący zamówienie posiada doświadczenie w wykonywaniu badań diagnostycznych rezonansu magnetycznego.
4. Udzielający zamówienia zapewni własny transport pacjenta na badania na terenie Płocka i Warszawy.
5. W przypadku, gdy miejsce wykonywania badań znajduje się poza lokalizacją określoną w pkt.4, transport pacjenta na badania zapewni Przyjmujący zamówienie, który będzie ponosił jego koszty.
6. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie zapewnia transport pacjenta na badania Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo kontroli warunków transportu.
7. Przyjmujący zamówienie nie może powierzać wykonywania przedmiotu umowy innym Wykonawcom.
8. Przyjmujący zamówienie zapewnia niezmienność cen przez okres trwania umowy.

#### **IV. Szczegółowe wymagania dotyczące badań diagnostycznych:**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do wykonywania badań z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej, uwzględniając najnowsze standardy, stosowane przy realizowaniu świadczeń z zakresu objętego przedmiotem umowy.
2. Badania w trybie planowym wykonywane przez Przyjmującego zamówienie będą wykonane w terminie 3 dni roboczych od zgłoszenia, z zastrzeżeniem postanowień ust 9. Zgłoszenia dokonuje przedstawiciel Udzielającego zamówienia telefonicznie pod numerem telefonu: ....., a następnie niezwłocznie przekazuje pisemne zlecenie faxem na nr....., o którym mowa w pkt.1. Niezwłocznie nie później niż terminie do 3 dni roboczych od daty wykonania badania, Udzielający zamówienia otrzyma wynik badania składający się z obrazów badania na płycie CD i opis badania (interpretację obrazów). Na żądanie Udzielającego zamówienia za odpłatnością wydana może być także klisza zawierająca obrazy badania.
3. Badania w trybie CITO wykonywane będą w dniu zgłoszenia w godzinach pracy pracowni. Badania CITO będą każdorazowo uzgadnianie w formie telefonicznej pod numerem.....  
Niezwłocznie po wykonaniu badania Udzielający zamówienia otrzyma wynik badania składający się z obrazów badania na płycie CD i opis badania (interpretację obrazów). Na żądanie Udzielającego zamówienia za odpłatnością wydana może być także klisza.
4. Badania w trybie NAGŁYM (stan zagrożenia życia) wykonywane będą niezwłocznie w dniu zgłoszenia w trybie 24 godzinnym (całodobowo), po uprzednim zgłoszeniu telefonicznym pod nr..... (niezależnie od godziny zgłoszenia i czasu pracy pracowni Przyjmującego zamówienie). Niezwłocznie po wykonaniu badania Udzielający zamówienia otrzyma wynik badania składający się z obrazów badania na płycie CD i opis ( w ciągu 6 godz.) Na żądanie Udzielającego zamówienia za odpłatnością wydana może być także klisza.

#### **V. Sposób przygotowania oferty.**

1. Ofertę należy sporządzić na formularzu „Oferty” stanowiącym *Załącznik Nr 2* i dołączyć do niej wszystkie wymagane dokumenty, zgodnie z warunkami określonymi w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu ofert i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert.
2. Oferta oraz wszystkie dokumenty sporządzane przez Oferenta muszą być parafowane na każdej stronie i podpisane przez osobę lub osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań w imieniu Oferenta zgodnie z dołączonym odpisem z właściwego rejestru potwierdzającego dane Oferenta lub osoby uprawnionej (*kserokopie dokumentów należy opatrzyć podpisem oraz pieczęcią imienną upoważnionej osoby podpisującej ofertę celem jej identyfikacji wraz z dopisem „za zgodność z oryginałem”*).
3. Zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę lub osoby podpisujące ofertę.
4. Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:
  - 1) Oświadczenie Oferenta sporządzone według wzoru podanego w *Załączniku Nr 3*

- 2) Dokumenty określające status prawny Oferenta /tj. aktualny wypis z rejestru sądowego lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej - *Załącznik Nr 4*
- 3) Określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny/określenie warunków lokalowych - *Załącznik Nr 5*.
- 4) Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych - *Załącznik Nr 6*
- 5) Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem- *Załącznik Nr 7*,
5. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi oferenta (nazwą i adresem Oferenta) oraz napisem:

***„Oferta na wykonywanie badań rezonansu magnetycznego w przypadku awarii aparatów rezonansu magnetycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku (DON.2912.5.2019) Nie otwierać do dnia 5.12.2019 r. do godz. 11<sup>30</sup>.”***

## **VI. Treść oferty.**

Oferta sporządzona na formularzu według wzoru podanego w *Załączniku Nr 2* musi zawierać:

1. Nazwę Oferenta, jego adres oraz numer telefonu, faxu i adres poczty elektronicznej.
2. Ceny poszczególnych badań.

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

1. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami znajdującą się w zamkniętej kopercie należy złożyć do dnia 5.12.2019 r. do godz. 11<sup>00</sup> w siedzibie Udzielającego zamówienia w pokoju nr 43 – Administracja.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. Celem dokonania zmian lub poprawek Oferent może wycofać złożoną wcześniej ofertę i złożyć nową pod warunkiem zachowania wyznaczonego terminu składania ofert.
4. Osobami upoważnionymi do kontaktów z Oferentami są:
  - w sprawach merytorycznych dotyczących wykonywania badań tomografii komputerowej w trybie całodobowym w przypadku awarii aparatów tomografii komputerowej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku Elżbieta Ledzion-Wysocka, Halina Sadowska- tel. 24 36 46 359,
  - w sprawach związanych z organizacją postępowania: Katarzyna Kaczorowska- tel. 24 36 46 733.

## **VIII. Kryteria oceny ofert.**

Kryterium oceny ofert jest cena, podana przez Oferenta jako łączna należność za szacunkowe liczby wykonywanych badań rezonansu w przypadku awarii aparatów rezonansu magnetycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku w okresie jednego roku.

## **IX. Tryb udzielania wyjaśnień.**

1. Oferent może zwracać się do Udzielającego Zamówienia o wyjaśnienie wątpliwości związanych z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert i materiałów informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert, sposobem przygotowania oferty, itp., kierując swoje pytania **e-mailem na adres: [k.kaczorowska@wszplock.pl](mailto:k.kaczorowska@wszplock.pl)**.
2. Udzielający Zamówienia niezwłocznie odpowie na zadane pytania przesyłając odpowiedź **e-mailem**, pod warunkiem, że otrzyma je najpóźniej na 3 dni robocze przed upływem terminu składania ofert.
3. Treść pytań i odpowiedzi Udzielający Zamówienia zamieści na stronie internetowej [www.wszplock.pl](http://www.wszplock.pl) bez wskazania źródła zapytania.

## **X. Termin związania ofertą.**

Oferent pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni.

## **XI. Miejsce, termin i tryb otwarcia ofert.**

1. Złożone oferty zostaną otwarte publicznie (część jawna) w dniu 5.12.2019 r. o godz. 11<sup>30</sup> w siedzibie Udzielającego zamówienia: Płock, ul Medyczna 19, Sala Narad.
2. Oferenci mogą być obecni przy otwarciu ofert.
3. W trakcie części jawnej komisja konkursowa:
  - 1) stwierdzi prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - 2) otworzy koperty z ofertami.
4. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności, określonych w pkt 3.
5. Udzielający zamówienia niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku faxem, na numer wskazany w ofercie. Informacja o wyniku konkursu zostanie też umieszczona na stronie internetowej Udzielającego zamówienie [www.wszplock.pl](http://www.wszplock.pl) i tablicy ogłoszeń.

## **XII. Środki odwoławcze przysługujące Oferentom.**

Środki odwoławcze przysługujące Oferentom są określone w art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity, Dz.U. z 2019r., poz.1373).

## **XIII. Zawarcie umowy.**

1. Udzielający zamówienia zawrze umowę z Oferentem, który złożył najkorzystniejszą ofertę w terminie nie krótszym niż 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert, z zastrzeżeniem zapisów pkt 2.
2. Jeżeli w konkursie ofert zostanie złożona tylko jedna oferta i zgodnie z art. 150 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity, Dz.U. z 2019r., poz.1373 ze zm.) zostanie ona przyjęta przez Komisję konkursową, umowa z wybranym Oferentem może zostać zawarta przed upływem terminu wskazanego w pkt 1.

- 
- 
3. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia może wybrać najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

**OFERTA****Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko lub nazwa (firma): .....

.....

Adres: .....

Nr telefonu: .....Nr faksu: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

**PAKIET**

<b>Lp</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Szacunkowa roczna ilość badań</b>	<b>Cena jednostkowa badania brutto</b>
<b>1</b>	Badanie MR bez kontrastu-głowy lub przysadki lub kątów m-m lub jednego odcinka kręgosłupa lub angio MR głowy	<b>20</b>	
<b>2</b>	Badanie MR bez kontrastu brzucha lub miednicy		
<b>3</b>	Badanie MR bez kontrastu-pozostałe ( jednej okolicy)		
<b>4</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem głowy lub przysadki lub kątów m-m lub jednego odcinka kręgosłupa		
<b>5</b>	Badanie bez kontrastu i z kontrastem brzucha lub miednicy		
<b>6</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem-pozostałe (jednej okolicy)		
<b>7</b>	Badanie angio MR- bez kontrastu i z kontrastem		
<b>8</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem głowy+angio MR bez kontrastu		
<b>9</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem głowy i kątów m-m lub głowy i przysadki		
<b>10</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem głowy i oczodołów		
<b>11</b>	Badanie MR bez kontrastu 2-odcinki kręgosłupa		
<b>12</b>	Badanie MR bez kontrastu cały kręgosłup (3 odcinki)		
<b>13</b>	Badanie MR brzucha+cholangio MR		
<b>14</b>	Cena kliszy		

Miejsce realizacji świadczeń:.....

Cena 1 kliszy:.....

Dokumenty załączone do oferty (zaznaczyć właściwe znakiem x):

- Oświadczenie Oferenta sporządzone według wzoru podanego w *Załączniku Nr 3*
- Dokumenty określające status prawny Oferenta /tj. aktualny wypis z rejestru sądowego lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej - *Załącznik Nr 4*
- Określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny/określenie warunków lokalowych - *Załącznik Nr 5*.
- Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych - *Załącznik Nr 6*
- Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem-*Załącznik Nr 7*,
- Inne (wymienić).....

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęćka*

*upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

*Załącznik nr 3 - oświadczenie Oferenta*

**OŚWIADCZENIE**

**Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko lub nazwa (firma).....

Adres: .....

Nr telefonu: .....Nr faksu:.....

Adres poczty elektronicznej: .....

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert i akceptuję je bez żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki określone w Szczegółowych warunkach konkursu ofert i w materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
5. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie i na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert oraz w mojej ofercie.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

*miejsce i data*

*podpis i pieczęć  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

**Załącznik Nr 4**-Aktualny wypis z Rejestru Sądowego lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęć  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

***Załącznik Nr 5- Określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny.  
Określenie warunków lokalowych***

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęćka  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

**Załącznik Nr 6-**

*Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych tj. wykonywania badań rezonansu magnetycznego w przypadku awarii aparatów rezonansu magnetycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku*

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęć*

*upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

**Załącznik Nr 7-**

*Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem*

**Załącznik Nr 8-**

*Wzór umowy*

**UMOWA Nr DON.29121.....2019  
O ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH**

w zakresie badań rezonansem magnetycznym

zawarta w dniu ..... 2019 r. w Płocku pomiędzy:

**Wojewódzkim Szpitalem Zespółonym w Płocku, z siedziba w Płocku przy ul. Medycznej 19**, zarejestrowanym w Krajowy Rejestrze Sądowym w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000035461, NIP 774-24-11-908, REGON 000650070

w imieniu i na rzecz którego działa:

**1. mgr Stanisław Kwiatkowski – Dyrektor,**

zwanym w dalszej części umowy **Udzielający zamówienia,**

a

.....siedzibą:.....  
....., wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez  
.....,  
pod numerem ....., NIP ....., REGON  
.....

**1.** ..... – .....

**2.** ..... – .....

zwaną w dalszej części umowy **Przyjmujący zamówienie**

**§1.**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje wykonywanie badań rezonansu magnetycznego zawartych *Załączniku Nr 1* do umowy w przypadku awarii aparatów Rezonansu Magnetycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespółonym w Płocku.
2. Udzielający zamówienie zastrzega sobie zlecenie badań objętych niniejszą umową w zależności od konieczności ich wykonania na potrzeby pacjentów i zawarta umowa nie określa ich liczby lecz jedynie wielkość szacunkową. Wykonanie badań ponad wielkość szacunkową jak i ich zlecenie w mniejszej niż szacunkowa ilości nie rodzi żadnych roszczeń ze strony Przyjmującego zamówienie. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie za faktycznie zleczone i wykonane badania.
3. W przypadku zaprzestania zlecenia niektórych objętych umową badań z powodu ich wdrożenia u Udzielającego zamówienia, Przyjmującemu zamówienie nie będą przysługiwały żadne roszczenia z tego tytułu.
4. Przyjmujący zamówienie zapewnia niezmiennosc cen przez okres trwania umowy.

**§2.**

1. Udzielający zamówienia zobowiązuje się przekazywać Przyjmującemu zamówienie zlecenie wykonania badań diagnostycznych w formie pisemnej na podstawie skierowania wystawionego przez ordynatorów/kierowników lub upoważnionych lekarzy oddziałów Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego w Płocku i zatwierdzonego przez upoważnioną osobę z Zakładu Diagnostyki Obrazowej.

2. Skierowanie wystawione przez Udzielającego zamówienia powinno zawierać: imię, nazwisko pacjenta, Pesel, adres, rozpoznanie, nazwę badania.
3. Badania w trybie planowym wykonywane przez Przyjmującego zamówienie będą wykonane w terminie 3 dni roboczych od zgłoszenia, z zastrzeżeniem postanowień ust 9. Zgłoszenia dokonuje przedstawiciel Udzielającego zamówienia telefonicznie pod numerem telefonu: ....., a następnie niezwłocznie przekazuje pisemne zlecenie faxem na nr....., o którym mowa w pkt.1. Niezwłocznie nie później niż terminie do 3 dni roboczych od daty wykonania badania, Udzielający zamówienia otrzyma wynik badania składający się z obrazów badania na płycie CD i opis badania (interpretację obrazów). Na żądanie Udzielającego zamówienia za odpłatnością wydana może być także klisza zawierająca obrazy badania.
4. Badania w trybie CITO wykonywane będą w dniu zgłoszenia w godzinach pracy pracowni. Badania CITO będą każdorazowo uzgadnianie w formie telefonicznej pod numerem.....  
 Niezwłocznie po wykonaniu badania Udzielający zamówienia otrzyma wynik badania składający się z obrazów badania na płycie CD i opis badania (interpretację obrazów). Na żądanie Udzielającego zamówienia za odpłatnością wydana może być także klisza.
5. Badania w trybie NAGŁYM (stan zagrożenia życia) wykonywane będą niezwłocznie w dniu zgłoszenia w trybie 24 godzinnym (całodobowo), po uprzednim zgłoszeniu telefonicznym pod nr..... (niezależnie od godziny zgłoszenia i czasu pracy pracowni Przyjmującego zamówienie). Niezwłocznie po wykonaniu badania Udzielający zamówienia otrzyma wynik badania składający się z obrazów badania na płycie CD i opis ( w ciągu 6 godz.) Na żądanie Udzielającego zamówienia za odpłatnością wydana może być także klisza.
6. W przypadku konieczności wykonania badań z ust.3 i ust.4 Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania tych badań po wcześniejszym powiadomieniu telefonicznym i ustaleniu terminu wykonania badania z upoważnionymi do tego osobami, tj.:
  - 1) ....., tel. ....
  - 2) ....., tel.....
7. Udzielający zamówienia zobowiązuje się zgłosić telefonicznie i faxem/e-mail Przyjmującemu zamówienie awarię aparatów rezonansu magnetycznego w WSzZ w Płocku i przewidywaną datę naprawy w celu ścisłego ustalenia okresu dostępności Pracowni Rezonansu Magnetycznego w siedzibie Przyjmującego zamówienie. Zgłoszenia dokona wyznaczony pracownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej WSzZ w Płocku za pośrednictwem Koordynatora SOR.
  - 1) Numery kontaktowe Przyjmującego zamówienie dostępne całodobowo w celu wykonania zgłoszenia:
    - a) ....., tel. ....
    - b) ....., tel. ....
  - 2) Numery kontaktowe osób ze strony Udzielającego zamówienie odpowiedzialnych za kontakt z Przyjmującym zgłoszenie:
    - a) Koordynator SOR 24 36 46 844
    - b) Lekarz dyżurny ZDO 24 36 46 359/883 365 712

Wyznaczony pracownik WSzZ w Płocku (Koordynator SOR) zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Przyjmującego zamówienie o wznowieniu pracy aparatu rezonansu magnetycznego.
8. W przypadku zmiany danych lub osób wymienionych w § 2 ust. 6 oraz ust.7 powyżej, Przyjmujący zamówienie powiadamia Udzielającego zamówienia niezwłocznie w formie pisemnej. Sytuacja taka nie wymaga sporządzania aneksu do umowy.

9. W przypadku braku możliwości wykonania badania, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego telefonicznego i pisemnego (faksem pod numer 24 36 46 101) zawiadomienia Udzielającego zamówienia o tym fakcie oraz przypuszczalnym terminie wykonania badania.
10. Przyjmujący zamówienie nie może powierzać wykonywania przedmiotu umowy innym Wykonawcom.

### **§3.**

1. Miejscem wykonywania badań jest siedziba Przyjmującego zamówienie.
2. Udzielający zamówienia zapewni własny transport pacjenta na badania na terenie Płocka i Warszawy.
3. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie zapewnia transport pacjenta na badania Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo kontroli warunków transportu.
4. Badania diagnostyczne, będące przedmiotem umowy będą wykonywane przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje.
5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że dysponuje wystarczającą ilością personelu medycznego do realizacji umowy.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wykonywania badań z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej, uwzględniając najnowsze standardy, stosowane przy realizowaniu świadczeń z zakresu objętego przedmiotem umowy.
7. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada uprawnienia do wykonywania badań i dysponuje sprzętem umożliwiającym jego wykonanie oraz spełnia wymogi dotyczące ich wykonywania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r, poz. 1127) i przepisach wykonawczych do niej.
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przekazania Udzielającemu zamówienia na jego wniosek nieodpłatnie kopii dokumentacji medycznej z uwzględnieniem zasad obowiązujących u Udzielającego zamówienia.

### **§ 4.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych będących/niebędących przedsiębiorcami, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

### **§ 5.**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż podda się kontroli Udzielającego zamówienia celem sprawdzenia prawidłowości realizacji niniejszej umowy, w tym w szczególności będzie udzielał mu wszelkich wyjaśnień oraz udostępni do wglądu dokumentację związaną z realizacją niniejszej umowy.

### **§ 6.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się akceptować prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzania kontroli w zakresie wynikającym z niniejszej umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do umieszczania informacji o niniejszej umowie oraz wszelkich zmian jej dotyczących, w tym także dat jej obowiązywania, w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (tzw. SZOI) na portalu NFZ w zakładce umowy /promesy o podwykonawstwo niezwłocznie po podpisaniu umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli przez osobę wyznaczoną przez Udzielającego zamówienia w zakresie należytego wykonywania i rozliczania usług objętych umową.
4. Istotne braki w tym zakresie (brak procedury badawczej, brak kontroli zewnętrznej) mogą skutkować natychmiastowym rozwiązaniem umowy.

#### § 7.

1. Podstawą do dokonania rozliczenia za wykonane badania będzie faktura wraz z zestawieniem rodzaju i ilości badań wykonanych zgodnie z *Załącznikiem Nr 2* do umowy. Zapłata obejmować będzie faktycznie wykonane badania.
2. Za wykonane badania Przyjmujący Zamówienie będzie wystawiał faktury do 15-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. Okresem rozliczeniowym za wykonane badania jest okres jednego miesiąca.
4. Należność z tytułu wykonanych badań regulowana będzie przez Udzielającego Zamówienia w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury wraz z wymaganymi załącznikami. Płatność będzie dokonywana przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego Zamówienie na fakturze. W przypadku niezgodności faktury z zapisami umowy, błędnego obciążenia, błędów formalnych lub rachunkowych, termin płatności faktury ulega przesunięciu i jest określony na 30 dni od daty otrzymania prawidłowej faktury korygującej lub usunięcia niezgodności pomiędzy fakturą a umową.
5. Termin zapłaty uważa się za zachowany w dniu zarejestrowania przelewu z konta bankowego Udzielającego zamówienia.
6. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść należnych mu wierzytelności na osoby trzecie.

#### §8.

1. Z chwilą przekazania danych zawartych na skierowaniu Przyjmujący zamówienie staje się administratorem tych danych i przetwarza je na podstawie art. 4 ust.7 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
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przetwarzania danych w tym szczególnie chronionych w sposób zapewniający poufność i tajemnicę tych danych.
3. Inspektorem Ochrony Danych po stronie Przyjmującego zamówienie jest: imię i nazwisko.....email:.....tel:.....

#### §

#### § 9.

Przyjmujący zamówienie odpowiada solidarnie z Udzielającym zamówienia za wszelkie szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zakresem niniejszej umowy.

## § 10.

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada wymagane prawem ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług opłacone zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania ważnego ubezpieczenia i nie zmniejszania jego zakresu oraz sumy przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Kopia Polisy stanowi *Załącznik Nr 3* do niniejszej umowy.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ulegnie rozwiązaniu w trakcie obowiązywania umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy.

## § 11.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od 1 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku i ulega rozwiązaniu z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Strony mogą rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy:
  - 1) Przyjmujący zamówienie nie przestrzega ustalonych terminów wykonywania badań;
  - 2) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień niezbędnych do wykonywania Świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową;
  - 3) świadczenia zdrowotne udzielane są w imieniu Przyjmującego zamówienie przez osoby nieposiadające wymaganego wykształcenia lub doświadczenia;
  - 4) kontrola NFZ wykazała nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie;
  - 5) Przyjmujący zamówienie nie zachowuje wymagań z § 2.
  - 6) błędów diagnostycznych popełnianych przez Przyjmującego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie może rozwiązać umowę w przypadku, gdy Udzielający zamówienia opóźnia się z zapłatą należnego wynagrodzenia przez co najmniej dwa pełne okresy płatności, po uprzednim wezwaniu do zapłaty z terminem 30 dniowym.
5. Udzielający zamówienia w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

## § 12.

1. W razie wystąpienia zwłoki w wykonaniu badań lub odmowy wykonania badań z winy Przyjmującego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienia kary umownej w wysokości ceny badania za jego niewykonanie lub w wysokości 0,5% wartości nieterminowo wykonanych badań za każdy dzień zwłoki. Za niewykonanie badania uważa się zwłokę w wykonaniu powyżej 7 dni.
2. Strony zastrzegają sobie prawo do odszkodowania uzupełniającego, przekraczającego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

### **§ 13.**

Strony zgadzają się rozwiązywać wszelkie spory wynikłe podczas wykonywania umowy polubownie, a jeżeli to nie przyniesie rozwiązania spory rozstrzygać będzie sąd powszechny miejscowo właściwy dla Udzielającego zamówienia.

### **§ 14.**

1. Wszelkie załączniki i aneksy do umowy stanowią jej integralną część.
2. Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić za zgodą obu Stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności w sytuacji określonej w art. 27 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej / tekst jednolity, Dz.U. z 2018r., poz. 2190 /
3. Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

## Załącznik nr 1 do Umowy Nr DON.29121.....2019

<b>Lp</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Szacunkowa roczna ilość badań</b>	<b>Cena jednostkowa badania brutto</b>
<b>1</b>	Badanie MR bez kontrastu-głowy lub przysadki lub kątów m-m lub jednego odcinka kręgosłupa lub angio MR głowy	<b>20</b>	
<b>2</b>	Badanie MR bez kontrastu brzucha lub miednicy		
<b>3</b>	Badanie MR bez kontrastu-pozostałe ( jednej okolicy)		
<b>4</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem głowy lub przysadki lub kątów m-m lub jednego odcinka kręgosłupa		
<b>5</b>	Badanie bez kontrastu i z kontrastem brzucha lub miednicy		
<b>6</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem-pozostałe (jednej okolicy)		
<b>7</b>	Badanie angio MR- bez kontrastu i z kontrastem		
<b>8</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem głowy+angio MR bez kontrastu		
<b>9</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem głowy i kątów m-m lub głowy i przysadki		
<b>10</b>	Badanie MR bez kontrastu i z kontrastem głowy i oczodołów		
<b>11</b>	Badanie MR bez kontrastu 2-odcinki kręgosłupa		
<b>12</b>	Badanie MR bez kontrastu cały kręgosłup (3 odcinki)		
<b>13</b>	Badanie MR brzucha+cholangio MR		
<b>14</b>	Cena kliszy		

**Załącznik Nr 2 do umowy  
Nr DON.29121.....2019**

**Zestawienie zbiorcze dot. faktury VAT Nr ..... z dnia .....**

Lp.	Nazwa badania	Ilość badań	Cena jednostkowa badania	Wartość ogółem	Pozycja umowy	Uwagi

Polisa ubezpieczeniowa

**Załącznik Nr 3 do umowy  
Nr DON.29121.....2019**