

Płock, dnia 29 stycznia 2021 r.

## OGŁOSZENIE

Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

w Płocku, ul. Medyczna 19

**OGŁASZA KONKURS OFERT Nr DON.2912.7.2021**

**NA ZAKUP ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ SCYNTYGRAFICZNYCH DLA  
PACJENTÓW KIEROWANYCH W RAMACH PAKIETU ONKOLOGICZNEGO**

Umowa dotycząca przedmiotu konkursu ofert będzie obejmowała okres od dnia 1 marca 2021 roku do 29 lutego 2024 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 postaci papierowej albo na nośniku elektronicznym razem z wymaganymi dokumentami składany jest w zamkniętej kopercie lub paczce opatrzonej nazwą i adresem Oferenta oraz napisem:

***„Oferta na wykonywanie badań scyntygraficznych dla pacjentów kierowanych w ramach pakietu onkologicznego DON.2912.7.2021)***

***Nie otwierać do dnia 12 lutego 2021 r. do godz. 11<sup>30</sup>.”***

należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienie do dnia 12.02.2021r. do godz. 11<sup>00</sup> – Kancelaria pokój nr 16- Administracja

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 2020r., poz.1875).

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**  
**Nr DON.2912.7.2021**  
**MATERIAŁY INFORMACYJNE**  
**O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT**  
**z dnia 29 stycznia 2021 roku**

**na:**

**NA ZAKUP ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ SCYNTYGRAFICZNYCH DLA**  
**PACJENTÓW KIEROWANYCH W RAMACH PAKIETU ONKOLOGICZNEGO**

Podstawa prawna przeprowadzenia konkursu ofert:

- 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity, Dz.U. z 2020r., poz. 295 ze zm.),
- 2) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity, Dz.U. z 2020r., poz. 1398 ze zm.).
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy

***Załączniki:***

***Załącznik nr 1*** - Materiały informacyjne

***Załącznik nr 2*** - Wzór formularza oferty

***Załącznik nr 3*** - Wzór oświadczenia Oferenta

***Załącznik nr 4*** - Wzór listy uprawnionych osób wykonujących badania diagnostyczne

***Załącznik nr 5*** - Wzór listy osób opisujących badania

***Załącznik nr 6*** - Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem

***Załącznik nr 7*** - Wzór umowy na wykonywanie badań diagnostycznych

## **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 scyntygraficznych dla pacjentów kierowanych w ramach pakietu onkologicznego.
2. Konkursem objęte są badania ujęte w pakietach.
3. Nie dopuszcza się możliwości dzielenia pakietów na części.

### **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 zobowiązany jest do wykonywania badań z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej, uwzględniając najnowsze standardy, stosowane przy realizowaniu świadczeń z zakresu objętego przedmiotem umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada uprawnienia do wykonywania badania i dysponuje sprzętem umożliwiającym jego wykonanie oraz spełnia wymogi dotyczące jego wykonywania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że dysponuje wystarczającą ilością lekarzy/techników do realizacji umowy.

### **IV. Szczegółowe wymagania dotyczące badań scyntygraficznych dla pacjentów kierowanych w ramach pakietu onkologicznego.**

1. Przyjmujący zamówienie wykona badanie na podstawie imiennego zlecenia opatrzonego pieczęcią i podpisem lekarza Udzielającego zamówienia kierującego na badanie. Zlecenie powinno zawierać PESEL skierowanego na badania pacjenta, cel i uzasadnienie badania, wstępne rozpoznanie kliniczne z zaznaczonym kodem ICD10 i informacje niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia badania, podpis i pieczęć lekarza Udzielającego zamówienia kierującego na badanie (wzór skierowania stanowi *Załącznik nr 2*).
2. Pacjentom kierowanym przez Udzielającego zamówienia na usługi w ramach tzw. pakietu onkologicznego (pacjenci, którym została wystawiona karta pacjenta onkologicznego) – Udzielający zamówienia zobowiązuje się każdorazowo umieszczać

na skierowaniu informację „PAKIET ONKOLOGICZNY” (w postaci pieczętki lub ręcznego dopisania przez lekarza z imienną pieczętką i podpisem).

3. Wzór skierowania zostanie przekazany Udzielającemu zamówienia przez Przyjmującego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielenia świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy w terminie nie dłuższym niż 10 dni. Termin 10 dni liczony jest od chwili zgłoszenia (telefonicznego, osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej) i obejmuje otrzymanie opisu i wyniku badania (zdjęcia).
5. W przypadku braku możliwości wykonania badań Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego telefonicznego i pisemnego (faxem) zawiadomienia Udzielającego zamówienia o tym fakcie i przypuszczalnym terminie wykonania. Każdy przypadek zwłoki w wykonaniu badań powinien zawierać odpowiednie wyjaśnienie przyczyn.
6. Przyjmujący zamówienie przekaze w dniu badania pacjentowi opis wykonanego badania i wynik (zdjęcia).
7. Kopia poświadczona za zgodność z oryginałem opisu wykonanego badania i wynik (zdjęcia) badania zostanie wysłana przez Przyjmującego zamówienie na adres korespondencyjny Szpitala pocztą za potwierdzeniem odbioru z dopiskiem koordynator DILO w zamkniętej nieprzeźroczystej kopercie.
8. Przyjmujący zamówienie może powierzać wykonywania przedmiotu umowy innym Wykonawcom, o ile Udzielający zamówienie wyrazi zgodę.
9. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymania stałości cen w czasie trwania umowy.

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

1). W postaci dokumentu papierowego:

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 dopiskiem „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) Lista uprawnionych osób wykonujących badania diagnostyczne *Załącznik Nr 4*
  - 3) Lista osób opisujących badania (lekarzy)- *Załącznik Nr 5*.
  - 4) Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem *Załącznik Nr 6*

- 5) Dokumenty określające status prawny Oferenta /tj. aktualny wypis z rejestru sądowego lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej -
5. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie lub paczce opatrzonej danymi oferenta (nazwą i adresem Oferenta) oraz napisem:

***„Oferta na wykonywanie badań scyntygraficznych dla pacjentów kierowanych w ramach pakietu onkologicznego DON.2912.7.2021***

***Nie otwierać do dnia 12 lutego 2021 r. do godz. 11<sup>30</sup>.”***

lub

2. Na nośniku elektronicznym

Oferta razem z wymaganymi dokumentami opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym składana jest w zamkniętej kopercie lub paczce opatrzonej nazwą i adresem Oferenta oraz napisem:

***„Oferta na wykonywanie badań scyntygraficznych dla pacjentów kierowanych w ramach pakietu onkologicznego DON.2912.7.2021***

***Nie otwierać do dnia 12 lutego 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, terminy wykonania i oczekiwania na wynik badania, wartości oraz miejsce wykonania badania, telefon.
3. Godziny wykonania badań, dni w których wykonywane są badania; wyznaczone miejsce zgłoszenia się pacjenta.

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

1. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami znajdującą się w zamkniętej kopercie lub paczce należy złożyć do dnia 12.02.2021 r. do godz. 11<sup>00</sup> w siedzibie Udzielającego zamówienia w pokoju nr 16 – Kancelaria.
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. Osobą upoważnioną do kontaktów z Oferentami w sprawach związanych z organizacją postępowania jest Katarzyna Kaczorowska- k.kaczorowska@wszplock.pl

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

Kryterium oceny ofert jest cena, podana przez Oferenta jako łączna należność za szacunkowe liczby badań w okresie jednego roku.

## **IX. Tryb udzielania wyjaśnień.**

1. Oświadczenia, wyjaśnienia i zawiadomienia, składane przez Oferenta w toku postępowania konkursowego mogą być kierowane w postaci:
  - a) Papierowej- oferent podpisuje się podpisem własnoręcznym
  - b) Elektronicznej- oferent podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym i wysłane na adres e-mail: [k.kaczorowska@wszplock.pl](mailto:k.kaczorowska@wszplock.pl)
2. Udzielający zamówienia może w każdym przypadku komunikować się z Oferentami za pomocą poczty elektronicznej e-mail. Oferent w przesyłanej Udzielającemu zamówienia korespondencji zobowiązany jest podać adres poczty elektronicznej do kontaktu z Udzielającym zamówienia.
3. Udzielający Zamówienia niezwłocznie odpowie na zadane pytania przysyłając odpowiedź e-mailem , pod warunkiem, że otrzyma je najpóźniej na 3 dni robocze przed upływem terminu składania ofert.
4. 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 12.02.2021 r. o godz. 11<sup>30</sup> w siedzibie Udzielającego zamówienia: Płock , ul Medyczna 19, Sala Narad.
2. Niezwłocznie po otwarciu ofert Udzielający zamówienia zamieści na stronie internetowej informację z otwarcia ofert.
3. W trakcie części jawnej komisja konkursowa:
  - 1) stwierdzi prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - 2) otworzy koperty z ofertami
  - 3) odczyta oferty złożone przez Oferentów
4. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności, określonych w pkt 2.
5. Udzielający zamówienia niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku e-mailem. Informacja o wyniku konkursu zostanie też umieszczona na stronie internetowej Udzielającego zamówienie [www.wszplock.pl](http://www.wszplock.pl) oraz na tablicy

**XII.** 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 2020r., poz.1398 ze zm.).

## **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 2020r., poz.1398 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:  
.....**Oferta na wykonywanie badań scyntygraficznych dla pacjentów kierowanych w ramach pakietu onkologicznego DON.2912.7.2021**

| Nazwa badania  | Szacunkowa roczna ilość | Cena 1 badania | Termin wykonania badania od chwili zgłoszenia | Czas oczekiwania na wynik badania | Wartość netto | Wartość brutto | Miejsce wykonania badania, telefon |
|--|-------------------------|----------------|---|-----------------------------------|---------------|----------------|------------------------------------|
| Scyntygrafia całego układu kostnego dla pacjentów DILO | 80                      |                | Do 10 dni                                     |                                   |               |                |                                    |
| <b>RAZEM</b>   |                         |                |   |                                   |               |                |                                    |

Godziny wykonania badań.....

Dni w których wykonywane są badania.....

Miejsce zgłoszenia się pacjenta.....



Dokumenty załączone do oferty (zaznaczyć właściwe znakiem x):

- Aktualny wypis z rejestru sądowego lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej
- Oświadczenie Oferenta - Załącznik Nr 3
- Lista uprawnionych osób wykonujących badania diagnostyczne- Załącznik Nr 4
- Lista osób opisujących badania (lekarzy)- Załącznik Nr 5.
- Kopia aktualnej polisy OC w zakresie działalności objętej konkursem- Załącznik Nr 6
- Inne (wymienić).....

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęć upoważnionego  
przedstawiciela, 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*

**LISTA OSÓB WYKONUJĄCYCH BADANIA**

**Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko lub nazwa (firma)

.....

Adres:.....

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

Adres poczty elektronicznej: .....

| <b>Lp.</b> | <b>Imię i nazwisko</b> | <b>Nr prawa wykonywania zawodu</b> | <b>Stopień i nazwa specjalizacji</b> |
|------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
|            |                        |                                    |                                      |
|            |                        |                                    |                                      |
|            |                        |                                    |                                      |
|            |                        |                                    |                                      |
|            |                        |                                    |                                      |

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęć upoważnionego  
przedstawiciela Oferenta*

*Załącznik nr 5 - wzór listy osób  
opisujących badania*

**LISTA OSÓB OPISUJĄCYCH BADANIA-LEKARZE**

**Dane Oferenta:**

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

Adres: .....

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

Adres poczty elektronicznej: .....

| <b>Lp.</b> | <b>Imię i nazwisko</b> | <b>Nr prawa wykonywania zawodu</b> | <b>Stopień i nazwa specjalizacji</b> |
|------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
|            |                        |                                    |                                      |
|            |                        |                                    |                                      |
|            |                        |                                    |                                      |
|            |                        |                                    |                                      |
|            |                        |                                    |                                      |

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczętka upoważnionego  
przedstawiciela Oferenta*

*Załącznik Nr 6-*

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

**UMOWA Nr DON.29121.....2021**  
zawarta w dniu ..... 2021 r.

**pomiędzy:**

**Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Płocku, ul. Medyczna 19**

wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem 0000035461 prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP: 774-24-11-908, REGON: 000650070

reprezentowanym przez :

**mgr Stanisława Kwiatkowskiego – Dyrektora**

zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym zamówienia**

a

.....,  
zarejestrowaną/wanym w .....  
pod nr.....NIP:.....,REGON: .....

reprezentowaną/wanym przez:

.....

zwanym dalej **”Przyjmującym zamówienie”**

**§ 1**

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje wykonywanie badań określonych w *Załączniku Nr 1*.
2. Ceny jednostkowe badań diagnostycznych, miejsce wykonywania badań oraz termin wykonania badań od chwili zgłoszenia-czas oczekiwania na wynik określone zostały w *Załączniku Nr 1* do niniejszej umowy.
3. Udzielający zamówienia 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.

4. 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.
5. W przypadku braku możliwości wykonania badania Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do niezwłocznego telefonicznego i pisemnego (faxem) zawiadomienia Udzielającego zamówienia o tym fakcie oraz przypuszczalnym terminie wykonania badania.
6. W przypadku awarii aparatury, lub innych przyczyn niezależnych od Przyjmującego zamówienie, Strony uzgodnią dalszy sposób wykonania badania diagnostycznego.
7. Przyjmujący zamówienie może powierzać wykonywanie przedmiotu umowy innym Wykonawcom o ile Udzielający zamówienia wyrazi zgodę.

## § 2

1. Miejscem wykonywania badania jest siedziba Przyjmującego zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wykonywania badania z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej, uwzględniając najnowsze standardy, stosowane przy realizowaniu świadczeń z zakresu objętego przedmiotem umowy.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada uprawnienia do wykonywania badania i dysponuje sprzętem umożliwiającym jego wykonanie oraz spełnia wymogi dotyczące ich wykonywania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że dysponuje wystarczającą ilością lekarzy/techników do realizacji umowy.
5. 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 (z. U. z 2020 r, poz 849).
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przekazania Udzielającemu zamówienia na jego wniosek nieodpłatnie kopii dokumentacji medycznej (wynik badania z opisem) z uwzględnieniem zasad obowiązujących u Udzielającego zamówienia.

## § 3

1. Podstawę wykonywania badań będzie stanowić pisemne imienne zlecenie opatrzone pieczęcią i podpisem lekarza Udzielającego zamówienia kierującego na badanie oraz zawierające numer PESEL skierowanego na badania pacjenta, cel i uzasadnienie badania, wstępne rozpoznanie kliniczne z zaznaczonym kodem ICD10 i informacje niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia badania, podpis i pieczęć lekarza Udzielającego zamówienia kierującego na badanie (wzór skierowania stanowi *Załącznik nr 2*).
2. Pacjentom kierowanym przez Udzielającego zamówienia na usługi w ramach tzw. pakietu onkologicznego (pacjenci, którym została wystawiona karta pacjenta onkologicznego) – Udzielający zamówienia zobowiązuje się każdorazowo umieszczać na skierowaniu informację „PAKIET ONKOLOGICZNY” (w postaci pieczętka lub ręcznego dopisania przez lekarza z imienną pieczęcią i podpisem).
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielenia świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy w terminie nie dłuższym niż 10 dni. Termin 10 dni liczony jest od chwili

zgłoszenia (telefonicznego, osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej) i obejmuje otrzymanie opisu i wyniku badania (zdjęcia).

4. W przypadkach uzasadnionych błędnych wyników, powstałych z winy Przyjmującego zamówienie, badania będą powtórzone bezpłatnie dla Udzielającego zamówienia.
5. W dniu badania pacjent otrzyma opis wykonanego badania i wynik (zdjęcia).
6. Kopia poświadczona za zgodność z oryginałem opisu wykonanego badania i wynik (zdjęcia) badania wysłany będzie na adres korespondencyjny Szpitala pocztą za potwierdzeniem odbioru z dopiskiem koordynator DILO. (Załącznik nr 3 do umowy) w zamkniętej nieprzeźroczystej kopercie.

#### § 4

Przyjmujący zamówienie gwarantuje stałość cen według *Załącznika Nr 1* przez okres obowiązywania niniejszej umowy.

#### § 5

1. Z chwilą przekazania przez Udzielającego zamówienia danych osobowych Przyjmującemu zamówienie staje się on 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 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE. L.2016.119.1).
2. Strony zobowiązują się traktować wszelkie informacje otrzymane w związku z realizacją niniejszej umowy jako poufne. W szczególności strony zobowiązują się przestrzegać wszelkich przepisów w celu zapewnienia poufności danych osobowych. Informacje takie mogą być przekazywane pośrednio lub bezpośrednio jakiegokolwiek osobie trzeciej, natomiast w ramach struktur organizacyjnych stron, dostęp do tych informacji posiadać będą jedynie uprawnieni pracownicy, podwykonawcy i przedstawiciele, których dostęp do informacji jest uzasadniony zakresem wykonywanych zadań oraz stosownie do tego zakresu, nadanymi uprawnieniami/upoważnieniami.
3. Ujawnienie przez którąkolwiek ze stron jakiegokolwiek informacji poufnej innym, niż opisane powyżej osobom fizycznym lub prawnym, wymagać będzie każdorazowo pisemnej zgody przedstawiciela drugiej strony, chyba, że są to informacje publiczne dostępne, a ich upublicznienie nie nastąpiło w wyniku postanowień niniejszej umowy.
4. Inspektorem Ochrony Danych po stronie Przyjmującego zamówienie jest: imię i nazwisko.....email:.....tel:.....

#### § 6

1. Podstawą do dokonania rozliczenia za wykonane badania będzie faktura wraz z zestawieniem rodzaju i ilości badań wykonanych zgodnie z *Załącznikiem Nr 4* do umowy. Zapłata obejmować będzie faktycznie wykonane badania.
2. Za wykonane badania Przyjmujący Zamówienie będzie wystawiał faktury do 7-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. Przyjmujący Zamówienie będzie przysyłał szczegółowe zestawienie ilościowe i wartościowe zgodnie z *Załącznikiem Nr 5* do umowy, w formacie dokumentu MS EXCELL od wersji 2003 drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany przez



Udzielającego Zamówienia: [k.kaczorowska@wszplock.pl](mailto:k.kaczorowska@wszplock.pl). Dokument musi być zabezpieczony hasłem chroniącym przed otwarciem oraz edycją (hasła muszą się różnić).

4. Okresem rozliczeniowym za wykonane badania jest okres jednego miesiąca.
5. Należność z tytułu wykonanych badań regulowana będzie przez Udzielającego Zamówienia w terminie 60 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 60 dni od daty otrzymania prawidłowej faktury korygującej lub usunięcia niezgodności pomiędzy fakturą a umową.
6. Termin zapłaty uważa się za zachowany w dniu zarejestrowania przelewu na konto bankowe Przyjmującego zamówienie.
7. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść należnych mu wierzytelności na osoby trzecie.

## § 7

Przyjmujący zamówienie gwarantuje stałość cen według *Załącznika Nr 1* przez okres obowiązywania niniejszej umowy.

## § 8

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 5% wartości nieterminowo wykonanych badań za każdy dzień zwłoki. Za niewykonanie badania uważa się zwłokę w wykonaniu powyżej 7 dni od terminu określonego w *Załączniku nr 1*.
2. W przypadku naliczenia kar umownych Udzielający zamówienia ma prawo dokonać ich potrącenia z wynagrodzenia umownego Przyjmującego zamówienie.
3. Strony zastrzegają sobie prawo do odszkodowania uzupełniającego, przekraczającego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

## § 9

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada wymagane prawem ubezpieczenie 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 6* do niniejszej umowy.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie rozwiązaniu w trakcie obowiązywania umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej.

## **§ 10**

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.

## **§ 11**

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

## **§ 12**

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

## **§ 13**

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.

## **§ 14**

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 1 marca 2021 roku do 29 lutego 2024 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, § 3.
  - 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.

### **§ 15**

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.

### **§ 16**

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

### **§ 17**

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, (tekst jednolity, Dz.U. z 2020r., poz. 1493),

### **§ 18**

Umowa niniejsza została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

*Załącznik Nr 1 do umowy*

| Nazwa badania  | Szacunkowa roczna ilość | Cena 1 badania | Termin wykonania badania od chwili zgłoszenia | Czas oczekiwania na wynik badania | Wartość netto | Wartość brutto | Miejsce wykonania badania, telefon |
|--|-------------------------|----------------|---|-----------------------------------|---------------|----------------|------------------------------------|
| Scyntygrafia całego układu kostnego dla pacjentów DILO | 80                      |                | Do 10 dni                                     |                                   |               |                |                                    |
|  |                         |                |   |                                   |               |                |                                    |

Godziny wykonania badań.....

Dni w których wykonywane są badania.....

Miejsce zgłoszenia się pacjenta.....

*Wzór skierowania na badanie*

*Załącznik nr 3 do umowy*

- Koordynator diagnostyki i leczenia onkologicznego:  
.....  
Tel .....
- Adres korespondencyjny, na który należy odesłać wyniki badań:  
.....  
ul. ....  
.....  
Koordynator DILO:  
.....



Kopia polisy ubezpieczeniowej

***Załącznik Nr 6 do umowy***