MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE POLESIE W ŁODZI

90-557 Łódź , ul. Andrzeja Struga 86
Centrala tel.: 42 20-84-800 , Sekretariat tel.: 42 20-84-810
http://www.mcmpolesie.pl e-mail: sekretariat@mcmpolesie.
Godziny urzędowania administracji: 8:00 – 15:35.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO)

dotyczacego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Część 1: świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
Część 2: świadczeń lekarza pediatry w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej,

na rzecz pacjentów Miejskiego Centrum Medycznego „Polesie" w Łodzi.

nr referencyjny postępowania:

KO / 1 / 2021 r.

Termin składania ofert do dnia 19.11.2021 r. godz. 13:00

Termin otwarcia ofert 19.11.2021 r. godz. 13:10

Podstawa prawa:

1) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z pózn. zm.)
2) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z pózn. zm.) – do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4–6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2, przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia.

ZATWIERDZAM

DYREKTOR
Miejskiego Centrum Medycznego
"Polesie" w Łodzi
Monika Nogala

Łódź, dnia 08. LIS. 2021 .....

1. **Informacje o Udzielającym zamówienia:**

Udzielający zamówienia:
Miejskie Centrum Medyczne „Polesie" w Łodzi, z siedzibą w Łodzi przy ul. Andrzeja Struga 86, 90-557 Łódź. NIP: 7272408670 . Regon: 000316393.
Centrala tel.: 42 20-84-800 Sekretariat tel.: 42 20-84-810
Strona internetowa, na której Udzielający zamówienia zamieści SWKO: **www.mcmpolesie.pl** zakładka **Przetargi**.
Godziny urzędowania administracji: w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. **8:00 – 15:35.**

2. **Tryb udzielenia zamówienia:**

Postępowanie konkursowe przeprowadzone jest zgodnie z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z pózn. zm.).

3. **Przedmiot konkursu:**

Przedmiotem konkursu ofert jest:

- udzielanie lekarskich świadczeń medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2021, poz. 540) świadczeniobiorcom zgłaszającym się do komórek organizacyjnych Udzielającego zamówienia w celu uzyskania świadczenia w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – również w warunkach domowych (wizyty domowe),
- realizacja porad kwalifikacyjnych w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw Covid-19,
- realizacja teleporad na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem Covid -19,
- stwierdzenia zgonu oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym,
- realizacja porad związanych z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO),
- kwalifikacja pacjentów w ramach programów profilaktycznych realizowanych przez Udzielającego zamówienia np. w ramach gabinetu.qov.pl , mMedica czy zlecanych przez organ założycielski itp.

Konkurs podzielono na dwie części:

Część 1: świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

Część 2: świadczeń lekarza pediatry w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenia będą realizowane zgodnie z normami prawnymi:

1) ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z pózn. zm.),
2) ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 711).
3) ustawą z dnia z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1050),
4) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2021, poz. 540),
5) z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.).
6) ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2020, poz. 849),
7) zarządzeniem Nr 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (z późniejszymi zmianami),
8) ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U . z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.),
9) ustawą z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1842 z późn. zm.),

10) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666 z późn. zm.),
11) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1395, z późn. zm.)
12) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1749 z późn. zm),
13) ustawą z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2020 r. poz. 1947),
14) rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyn (Dz. U. z 1961 r., nr 39, poz. 202),
15) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (t.j. Dz. U z 2019 r., poz. 1085 z późn. zm.),
16) rozporządzeniem 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,
17) pozostałymi, wyżej nie wymienionymi, rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określającymi standardy dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej przedmiotem postępowania konkursowego.

Świadczenia, będące przedmiotem konkursu, będą udzielane w dni robocze od poniedziałku do piątku w przedziale czasowym 08:00 - 18:00 w jednostkach organizacyjnych wskazanych w ust. 4 poniżej. Z wybranymi oferentami zostaną ustalone harmonogramy pracy adekwatnie do złożonej oferty.

4. Miejsce udzielania świadczeń:

Świadczenia będą realizowane w miejscach prowadzenia działalności leczniczej przez Udzielającego zamówienia, w jego jednostkach i komórkach organizacyjnych rozmieszczonych na terenie miasta Łodzi w Dzielnicy POLESIE tj. :

- ✓ w przychodni przy ul. Skłodowskiej-Curie 15/17,
- ✓ w przychodni przy ul. Kasprzaka 27,
- ✓ w przychodni przy ul. Garnizonowej 38,
- ✓ w przychodni przy ul. Srebrzyńskiej 75,
- ✓ w przychodni przy ul. Wileńskiej 25,
- ✓ w przychodni przy ul. Olimpijskiej 7a,
- ✓ w przychodni przy ul. Kusocińskiego 140a,
- ✓ w przychodni przy ul. Maratońskiej 71.

5. Termin wykonania zamówienia:

Udzielający zamówienia planuje zawarcie umów na okres: od dnia **01 stycznia 2022 r.** do dnia **31 grudnia 2022 r.**

6. Informacje o warunkach, jakie muszą spełniać oferenci, forma zatrudnienia i wymagane kwalifikacje:

1. Przedmiot konkursu realizowany będzie w oparciu o umowy cywilnoprawne. Liczba umów cywilnoprawnych zawartych dla poszczególnych jednostek organizacyjnych zależna będzie od potrzeb Udzielającego zamówienia wynikających z konieczności zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń lekarza POZ.
2. Oferent nie może być związany z Narodowym Funduszem Zdrowia indywidualną umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Oferent biorący udział w konkursie ofert musi spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021, poz. 540) oraz w zarządzeniu Nr 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami.
4. Do konkursu przystąpić mogą osoby posiadające dyplom ukończenia studiów medycznych, aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza i prowadzące indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego czy też indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego oraz posiadające następujące kwalifikacje:
   1) tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo,
   2) odbywają szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo,
   3) posiadają specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo,
   4) posiadają specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
   5) posiadają specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
   6) posiadają specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych,

   – udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu, o którym mowa w pkt 4, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166 z 2007r. poz. 1172)
5. Lekarz, o którym mowa w ust. 4 pkt 4, może sprawować opiekę nad świadczeniobiorcą wyłącznie do ukończenia przez tego świadczeniobiorcę 18 roku życia.

7. Zasady dotyczące sposobu wykonywania przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem:

1) Świadczenia realizowane będą zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w ust. 3 niniejszych SWKO, które to zasady i warunki Oferent zobowiązuje się znać i do nich stosować.
2) Dokumentacja medyczna pacjentów musi być prowadzona wyłącznie w formie elektronicznej w systemie mMedica i w aplikacjach wymaganych na podstawie obowiązujących przepisów.
3) Przyjmujący zamówienie ma obowiązek poddania się prawu Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285), w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z NFZ oraz kontroli Udzielającego zamówienia w zakresie umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego konkursu.
4) W przypadku roszczeń odszkodowawczych, kierowanych do Udzielającego zamówienia z tytułu szkód związanych z podjęciem przez Przyjmującego zamówienie nieprawidłowych decyzji diagnostyczno-leczniczych, Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo regresu do Przyjmującego zamówienie.

8. Instrukcja dla oferentów:

1) Wszelkie informacje znajdujące się w udostępnianej dokumentacji przeznaczone są wyłącznie do przygotowania i złożenia oferty i nie mogą być wykorzystywane do innych celów.
2) Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent.
3) Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:

– odwołania konkursu w całości lub w części, przesunięcia terminu składania i otwarcia ofert bez podania przyczyny - w przypadku odwołania konkursu przez Udzielającego zamówienia, Oferentom, którzy złożyli oferty nie przysługuje prawo zwrotu kosztów przygotowania ofert.
– wyboru ofert w liczbie umożliwiającej realizację zapotrzebowania Udzielającego zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu, zgodnie z umową zawartą przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia,

- nie zawarcia umowy z wybranym Przyjmującym zamówienie, jeśli nie zostanie on zaakceptowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści SWKO w każdym czasie przed upływem terminu składania ofert. Informacja o wprowadzonych zmianach zostanie niezwłocznie zamieszczona na stronie internetowej Udzielającego zamówienia i będzie wiążąca.

4) Opis sposobu przygotowania oferty:
   a) ofertę, pod rygorem nieważności, należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim, w sposób czytelny, na Formularzu Ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO,
   b) Oferent może złożyć tylko jedna ofertę,
   c) oferta musi być podpisana przez Oferenta lub osobę uprawnioną do jego reprezentacji,
   d) strony oferty powinny być ponumerowane, zszyte lub spięte w sposób utrudniający ich zdekompletowanie,
   e) dokumenty składające się na ofertę mogą być złożone w formie oryginałów lub kserokopii, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną do jego reprezentowania, imienną pieczątką i/lub czytelnym podpisem,
   f) wszystkie dokumenty i oświadczenia w językach obcych należy dostarczyć przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego,
   g) miejsca, w których Oferent naniósł zmiany w ofercie, winny być parafowane przez osobę (osoby) podpisujące ofertę,
   h) Oferent nie może wycofać oferty i wprowadzić zmian po terminie składania ofert.
5) Cena oferty - wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie:
   Oferowaną cenę Przyjmujący zamówienie **określa jako stawkę za godzinę pracy**, bez miejsc po przecinku.
6) Ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie, oznaczonej nazwą i adresem Udzielającego zamówienia oraz nazwą Oferenta i napisem: ***„Konkurs ofert: POZ – nr referencyjny KO/1/2021r."***

9. Dokumenty wymagane od oferentów:

9.1. Oferta powinna zawierać:
1) Wypełniony formularz ofertowy stanowiący załącznik nr 1 do SWKO.
2) Dane identyfikacyjne Oferenta zgodnie z właściwymi ewidencjami lub rejestrami w tym odpowiednio: imię i nazwisko (nazwę i siedzibę), adres zamieszkania, telefon, e-mail oraz numer wpisu do właściwego rejestru lub ewidencji.
3) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
4) Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje (odpowiednio):
   - dyplom ukończenia studiów medycznych,
   - dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalistycznych / kwalifikacyjnych,
   - aktualne prawo wykonywania zawodu.

   W przypadku składania oferty elektronicznie, należy załączyć scan wyżej wskazanych dokumentów. Oferenci, których dokumenty wskazane w podpunkcie 4) są w posiadaniu Udzielającego zamówienia nie muszą ich załączać do składanej oferty pod warunkiem, że są one aktualne w terminie składania ofert.

9.2. Przed podpisaniem umowy Przyjmujący zamówienie, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany będzie dostarczyć:
1) aktualną wymaganą prawem umowę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług, obejmującą sumę gwarancyjną na poziomie określonym w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866.),
2) aktualne orzeczenie lekarskie dotyczące braku przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku określonym niniejszym konkursem, wydane stosownie do art. 43 pkt 2 i art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 z późn. zm.).

10. Informacja o sposobie porozumiewania się Udzielającego zamówienie z Oferentami oraz przekazywania oświadczeń i dokumentów:

1) Wszelka korespondencja pomiędzy Udzielającym zamówienia a Oferentem odbywać się będzie drogą elektroniczną na adres **przetargi@mcmpolesie.pl** lub w formie pisemnej na adres siedziby Udzielającego zamówienia: ul. Andrzeja Struga 86, 90-557 Łódź.
2) Osoba wyznaczona do kontaktów z oferentami:
   - ✓ p. Anna Urbańczyk, tel. 42 20-84-813.

11. Termin związania ofertą:

Oferent pozostaje związany złożoną ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się z upływem ostatecznego terminu składania ofert.

12. Miejsce i termin składania ofert:

Oferty można składać do dnia **19.11.2021r.** do godz. **13:00** :

- ✓ osobiście w siedzibie M.C.M. „Polesie" w Łodzi, ul. Struga 86,
- ✓ tradycyjną pocztą na adres: Miejskie Centrum Medyczne "„Polesie" w Łodzi, ul. Struga 86, 90-557 Łódź
- ✓ elektronicznie na adres e-mail: **przetargi@mcmpolesie.pl**

Oferta musi zawierać dokumenty i oświadczenia wymienione w niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

13. Miejsce i termin otwarcia ofert:

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Udzielającego zamówienia ul. Andrzeja Struga 86 w Łodzi w dniu 19.11.2021 r. o godz. 13:10 w sali konferencyjnej znajdującej się na parterze w części budynku zajmowanej przez administrację Udzielającego zamówienia.

14. Przebieg konkursu:

1. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.
2. W części jawnej konkursu komisja:
   a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert,
   b) otwiera koperty lub paczki z ofertami, odczytuje oferty przesłane drogą elektroniczną i ustala, które z ofert zostały złożone w wymaganym terminie i spełniają warunki wymagane od Oferentów, a które odrzuca,
   c) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Przyjmujących zamówienie,
3. W części niejawnej Komisja :
   a) rozpatruje wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów,
   b) wybiera najkorzystniejsze oferty.
4. W przypadku gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja wezwie Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
5. Zgodnie z Art. 149 ust. 1 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, odrzuca się ofertę:
   1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
   2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
   3) jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
   4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
   5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
   6) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;
   7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy jw.;
   8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez M.C.M. „Polesie" w Łodzi umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi

ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy;

9) jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1.

6. W przypadku gdy braki, o których mowa a ust. 5, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
7. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie gdy:
   1) nie wpłynęła żadna oferta;
   2) wpłynęła jedna oferta i nie podlega ona odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
   3) odrzucono wszystkie oferty;
   4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
   5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
8. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Udzielającego zamówienia.
9. Udzielający zamówienia powiadomi uczestników o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.
10. **Ogłoszenie wyników konkursu** zostanie zamieszczone na stronie internetowej Udzielającego zamówienia **www.mcmpolesie.pl** w zakładce **Przetargi** w terminie określonym w ogłoszeniu.

15. Środki odwoławcze:

1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
   1) wybór trybu postępowania;
   2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
   3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 pisemnej odpowiedzi 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. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

16. Opis kryteriów, którymi Udzielający zamówienia będzie się kierował przy wyborze ofert w odniesieniu do obu części zamówienia wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów oraz sposobu oceny oferty:

1. Udzielający zamówienia oceni i porówna jedynie te oferty, które będą ważne i nie będą podlegały odrzuceniu.
2. Przy wyborze najkorzystniejszych ofert zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

a) **cena oferty: 80 punktów**

Udzielający zamówienia wyjaśnia, że **ceną oferty jest** kwota za godzinę pracy, którą Przyjmujący zamówienie określił w ofercie bez miejsc po przecinku.

Ocena punktowa w kryterium cena, dokonana zostanie w następujący sposób:

- oferta zawierająca najniższą oferowaną cenę za godzinę otrzyma 80 punktów.
- kolejne oferty zostaną ocenione wg wzoru:

$$C = \frac{CN}{CB} \times 80$$

gdzie:

C – wartość punktowa oferty w kryterium cena

CN – oferta z najniższą ceną za godzinę

CB – cena oferty badanej

b) **dostępność 20 punktów**

Ocena punktowa dokonana zostanie w następujący sposób:

- oferent oferujący realizację przedmiotu konkursu pięć dni w tygodniu przez minimum sześć godzin dziennie otrzyma 20 punktów,
- Oferent, który nie złoży powyższej deklaracji otrzyma 0 (zero) punktów.

3. Oferenci nie deklarujący realizacji przedmiotu konkursu pięć dni w tygodniu przez minimum sześć godzin dziennie muszą określić w Formularzu Ofertowym ilość godzin tygodniowo, jaką oferują w celu realizacji przedmiotu konkursu.
4. Z pośród ocenionych ofert Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wybory kolejno ofert, które uzyskały największą sumę punktów uzyskanych wg. powyższych kryteriów, w ilości, która umożliwi właściwą realizację umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz o wartości nieprzekraczającej możliwości finansowych Udzielającego zamówienia.
5. Udzielający zamówienia zastrzega o możliwości zawarcia z wybranym Przyjmującym zamówienie umowy na mniejszą liczbę godzin niż została zaoferowana.

17. Informacje ogólne i zastrzeżenia

1) Oferent może złożyć tylko jedną ofertę dotyczącą realizacji danej części zamówienia, zgodnie z przedmiotem i warunkami konkursu,
2) Oferent może uzupełnić lub wycofać złożoną przez siebie ofertę wyłącznie przed upływem terminu składania ofert,
3) Oferty otrzymane przez Udzielającego zamówienia po terminie składania ofert zostaną zwrócone Oferentom bez ich otwierania, po upływie terminu przewidzianego na wniesienie protestu,
4) W przypadku, gdy w postępowaniu konkursowym w odniesieniu do którejkolwiek części zamówienia zgłoszona zostanie tylko jedna oferta, Udzielający zamówienia może ją przyjąć, jeżeli stwierdzi, że spełnia ona postawione wymagania.
5) Umowa z wybranym Oferentem wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6) Miejsce i termin podpisania umowy określa Udzielający zamówienia i niezwłocznie informuje o tym Oferenta, którego Oferta została wybrana. Oferent ma obowiązek stawić się w miejscu i terminie podpisania umowy i jej podpisania.
7) Jeżeli Oferent, nie stawi się lub uchyli się od podpisania umowy, Udzielający Zamówienia dokona wyboru Oferty najkorzystniejszej spośród Ofert pozostałych niepodlegających odrzuceniu. O dokonaniu wyboru Oferty Udzielający Zamówienia niezwłocznie ogłosi w sposób wskazany w SWKO.

18. Ochrona danych osobowych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1) Administratorem danych osobowych Wykonawcy jest Miejskie Centrum Medyczne „Polesie" w Łodzi, adres: ul. A. Struga 86, 90-557 Łódź;

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mcmpolesie.pl;

3) Administrator będzie przetwarzał dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO w zw. z art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;

4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);

5) Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

6) Wykonawca ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.

2) Wykonawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;

4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe Wykonawcy.

Załączniki:

1) Formularz ofertowy.
2) Projekt umowy.

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej - nr referencyjny postępowania: KO/1/2021r. prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Polesie" w Łodzi

Oferta dotyczy realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Część 1: świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*

Część 2: świadczenia lekarza pediatry w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej*

*niepotrzebne skreślić

.....

.....
imię i nazwisko (nazwa i siedziba), adres zamieszkania

Numer wpisu do właściwego rejestru lub ewidencji .....

Numer telefonu.....

Adres e-mail .....

Numer NIP.....

Numer REGON .....

1. Niniejszym zgłaszam gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych określonych powyżej, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr referencyjny postępowania KO/1/2021 r.
2. Oświadcza, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że spełniam niezbędne warunki w zakresie wymaganych kwalifikacji.
4. Oświadczam, że jestem związana/y niniejszą ofertą przez okres 30 od dnia składania ofert.
5. Oświadczam, że nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o wykonywanie świadczeń.
6. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia.
8. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty dokument ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanego rodzaju świadczeń zdrowotnych zostanie złożony najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
9. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

10. Oferuje następujące warunki realizacji świadczeń wskazanych w Formularzu Ofertowym:

1) **Oferowana cena ..... zł/h**

2) **Realizacja przedmiotu umowy pięć dni w tygodniu w wymiarze minimum 6 godzin dziennie ..... ***

3) **Oferowana ilość godzin tygodniowo .....****

*wpisać odpowiednio TAK lub NIE
** uzupełnić jeśli w punkcie 2) wpisano NIE.

.....
Data i Podpis Oferenta

Załącznikami do oferty są:

1) .....
2) .....
3) .....
4) .....
5) .....

PROJEKT UMOWY

UMOWA nr …… /2021
o udzielanie świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniu …… w Łodzi, **pomiędzy:**

Miejskim Centrum Medycznym „Polesie" w Łodzi (90 – 557) przy ulicy Andrzeja Struga 86, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000139233, NIP: 7272408670, REGON: 000316393, zwanym dalej „**Udzielającym zamówienia** ", które reprezentuje:

Monika Nogala – Dyrektor Centrum

a

…… – prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą: **……**, adres siedziby: ……, NIP: ……, REGON: ……, adres do doręczeń: ……, posiadającą ważne prawo wykonywania zawodu, zwaną dalej **„Przyjmującym zamówienie"**.

zwanymi łącznie „Stronami"

Umowę niniejszą Strony zawierają zgodnie z wynikiem konkursu ofert nr referencyjny KO/1/2021r. prowadzonego na podstawie Art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2021r., poz. 711).

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie przez Przyjmującego zamówienie:
   a) udzielanie lekarskich świadczeń medycznych w zakresie **podstawowej opieki zdrowotnej** (POZ), zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w szczególności:
      - Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 2335),
      - Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 540),

      w tym realizacja porad związanych z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) oraz realizacja teleporad na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem Covid-19,
   b) **realizacja porad kwalifikacyjnych** w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw **COVID-19**,
   c) **stwierdzenia zgonu oraz wystawienia karty zgonu** osobom zmarłym, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności:
      - Ustawą z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2020 r. poz. 1947),
      - Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyn (Dz. U. z 1961 r., nr 39, poz. 202),
      - Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z 2021 r., poz. 1448),

   pacjentom Udzielającego zamówienia objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym jak również kwalifikacja pacjentów w ramach programów profilaktycznych realizowanych przez Udzielającego zamówienia np. w ramach gabinetu.qov.pl, mMedica czy zlecanych przez organ założycielski itp.
2. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy wykonywane będą w Przychodni **„……"** przy ul. …… w Łodzi, przy wykorzystaniu lokalu, sprzętu oraz aparatury medycznej, a także innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, należących do Udzielającego zamówienia. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość realizacji świadczeń w innej jednostce organizacyjnej Udzielającego zamówienia, zlokalizowanej na terenie Miasta Łodzi w Dzielnicy Polesie.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz ze sprzętu medycznego należącego do Udzielającego zamówienia zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.
4. Obowiązek rejestracji pacjentów oraz sprawdzenia uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, spoczywa na Udzielającym zamówienia.

§ 2

1. Świadczenia, o których mowa w § 1 ust.1 będą udzielane wg harmonogramu:

.....

(w przypadku braku ustalonego harmonogramu Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość zastosowania zapisu: „Świadczenia, o których mowa w § 1 ust.1 będą udzielane wg harmonogramu ustalanego przez Strony w okresach kwartalnych, do 15-go dnia każdego miesiąca poprzedzającego dany kwartał, z góry na kolejny kwartał")

2. W razie okoliczności uniemożliwiających wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach ustalonego harmonogramu, Przyjmujący zamówienie, w przypadku nieobecności planowanej, zobowiązuje się do zawiadomienia Udzielającego zamówienia (kierownika przychodni, w której realizowane są świadczenia a przypadku jego braku Dyrektor M.C.M. „Polesie" w Łodzi) o tym fakcie w minimalnym okresie 5 dni roboczych przed przerwą w udzielaniu świadczeń oraz do uzyskania pisemnej zgody Udzielającego zamówienia na nieobecność. W sytuacji nagłej, spowodowanej np. chorobą, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadomienia Udzielającego zamówienia o zaistniałych okolicznościach, uniemożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zawiadomienie należy przekazać na adres e-mail: **sekretariat@mcmpolesie.pl** .
3. W razie naruszenia ustalonego harmonogramu bez zgody Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienie karę umowną w wysokości 500,00 zł za każdy stwierdzony dzień naruszenia, nie więcej jednak niż 20% kwoty, o której mowa w § 5 ust 4 (wypłaconego za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym nastąpiło naruszenie). Kara umowna płatna jest w terminie 7 dni od daty doręczenia noty obciążeniowej. W przypadku złożenia noty obciążeniowej w urzędzie pocztowym lub u innego operatora listem poleconym przyjmuje się, iż data stempla pocztowego jest równoznaczna z jej doręczeniem.
4. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącenie naliczonych kar umownych z przysługującego wynagrodzenia.
5. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność odszkodowawczą względem Udzielającego zamówienia z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy niezależnie od wysokości kary umownej naliczonej zgodnie z ust.3.

§ 3

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przy realizacji niniejszej umowy:

1) rzetelnie wykonywać świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny, jak i wymogów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontraktach zawartych z Udzielającym zamówienia i szczegółowych materiałach informacyjnych;
2) przestrzegać obowiązujących procedur oraz rzetelnie, samodzielnie prowadzić dokumentację medyczną;
3) dbać o powierzone mienie, a w szczególności o sprzęt i aparaturę medyczną;
4) zachować w tajemnicy wszelkie informacje, o których powziął wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy, a które stanowią tajemnicę zawodową, tajemnicę przedsiębiorstwa, jak również podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych zgodnie z wymogami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia;
5) przestrzegać przepisów BHP i p.poż obowiązujących u Udzielającego zamówienia – Przyjmujący zamówienie oświadcza, że zapoznał się z *„MATERIAŁAMI INFORMACYJNYMI Z ZAKRESU BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY DLA osób realizujących prace na terenie Przychodni M.C.M. „Polesie" w Łodzi"* - materiały stanowią załącznik nr 1 do niniejszej umowy;
6) potwierdzić fakt realizacji świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, zgodnie z harmonogramem ustalonym w § 2 ust. 1 – *POTWIERDZENIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH* stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy;

7) stosować się do zarządzeń wewnętrznych Udzielającego zamówienia o charakterze porządkowym, organizacyjnym, respektowania przepisów i zarządzeń obowiązujących u Udzielającego zamówienia oraz przestrzegania zasad współdziałania z personelem zatrudnionym u Udzielającego zamówienia oraz respektowania poleceń kierownictwa przychodni;
8) udzielać świadczenia będące przedmiotem umowy we własnej odzieży i obuwiu roboczym spełniającym wymagania określone w Polskich Normach oraz prania odzieży we własnym zakresie i na własny koszt. Środki ochrony osobistej takie jak maski FFP, przyłbice, fartuchy jednorazowe, rękawiczki jednorazowe zapewni Udzielający zamówienia;
9) ponosić koszty napraw sprzętu medycznego należącego do Udzielającego zamówienia uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Przyjmującego zamówienie;
10) niepobierania za udzielanie świadczeń jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli wykonywanej przez Udzielającego zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia i inne uprawnione organy oraz udostępnienia wszelkich danych i informacji niezbędnych do jej przeprowadzenia w zakresie wykonywania umowy, w szczególności:
   a) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   b) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
   c) przestrzegania praw pacjenta.
2. Udzielający zamówienia uprawniony jest do odsunięcia Przyjmującego zamówienie od wykonywania świadczeń zdrowotnych, na czas przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w przypadku gdy do Udzielającego zamówienia wpłynie skarga dotycząca sposobu wykonywania przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
3. W przypadku zasadności skargi Udzielający zamówienia uprawniony jest do naliczenia i żądania zapłaty przez Przyjmującego zamówienie kary umownej w wysokości 2% miesięcznego wynagrodzenia brutto wskazanego w § 5 ust. 4 (wypłaconego za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym nastąpiło naruszenie) za każdy przypadek uzasadnionej skargi. Nie pozbawia to Udzielającego zamówienia prawa do żądania odszkodowania w wysokości przewyższającej karę na zasadach ogólnych.

§ 5

1. Za świadczenia określone w § 1 litera a) oraz c) tj. **świadczenia w zakresie POZ** oraz **stwierdzenie zgonu oraz wystawienia karty zgonu** oraz realizację zadań w ramach programów profilaktycznych, Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał **..... zł/h** (słownie: ..... 00/100) **za jedną godzinę** pracy.
2. Za porady określone w § 1 litera b) tj. realizowanych **w ramach Narodowego Programu Szczepień**, Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał:
   a) za kwalifikacje pacjentów wykonywane w godzinach określonych harmonogramem, o którym mowa w § 2 ust. 1: **10,- zł** *(słownie: dziesięć zł 00/100)* od jednego pacjenta,
   b) za kwalifikacje pacjentów wykonywane poza godzinami określonymi harmonogramem, o którym mowa w § 2 ust. 1,: **25,- zł** *(słownie: dwadzieścia pięć zł 00/100)* od jednego pacjenta,
   c) za kwalifikacje do szczepienia wykonane w miejscu pobytu pacjenta (tzw. wyjazdowe): **100,- zł** *(słownie: sto zł 00/100)* od każdego pacjenta poza godzinami określonymi w harmonogramie, o którym mowa w § 2 ust. 1, **30,- zł** *(słownie: trzydzieści zł 00/100)* w ramach godzin pracy wyznaczonych w harmonogramie, o którym mowa w § 2 ust. 1.
3. Przyjmujący zamówienie otrzymywał będzie również dodatkowe wynagrodzenie w wysokości **10,00 zł** *(słownie: dziesięć zł 00/100)* za każdą poradę **w związku z udzielanymi tzw. teleporadami Covidowymi** z tytułu:
   a) teleporady udzielonej w ramach powiadomienia o dodatnim wyniku testu na obecność wirusa COVID-19,
   b) teleporady udzielonej między ósmą a dziesiątą dobą od uzyskania przez lekarza informacji o dodatnim wyniku testu na obecność wirusa lub za teleporadę udzieloną między ósmą a dziesiątą dobą w celu wydłużenia izolacji dla pacjenta z dodatnim wynikiem testu na COVID-19,

c) teleporady udzielonej w każdej dobie, kiedy pacjent rejestruje się samodzielnie na wizytę np. z powodu pogorszenia stanu zdrowia podczas zachorowania.

4. **Miesięczne wynagrodzenie** Przyjmującego zamówienie stanowiło będzie sumę pozycji określonych w ust. 1, 2 i 3, wyliczonych zgodnie z określonymi w nich założeniami.
5. Przyjmujący zamówienie w terminie do 3 dni po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego, w którym udzielał świadczeń zdrowotnych, dostarczy do siedziby Udzielającego zamówienia (sekretariat I piętro) fakturę. Do faktury Przyjmujący zamówienie dołączy *POTWIERDZENIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH*, którego wzór stanowi załącznik nr 2, potwierdzone przez kierownika przychodni, w której realizowane były świadczenia.
6. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do umieszczenia każdorazowo w wystawionej fakturze **osobnych pozycji** zawierających:

   - kwotę za realizację świadczeń w zakresie POZ,
   - kwotę za realizację porad kwalifikacyjnych w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19,
   - kwotę za udzielone teleporady tzw. covidowe

   oraz do załączenia do tej faktury dodatkowo druku *POTWIERDZENIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH* zawierającego rozliczenie powyższych pozycji.
7. Należności wynikające z realizacji umowy przekazywane będą przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie wskazany w załączniku nr 3, w terminie 10 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
8. W przypadku gdy wskazany przez Przyjmującego zamówienie rachunek bankowy, na który ma nastąpić zapłata wynagrodzenia, nie widnieje w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT, Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo wstrzymania zapłaty wynagrodzenia do czasu uzyskania wpisu tego rachunku bankowego lub rachunku powiązanego z rachunkiem Przyjmującego zamówienie do przedmiotowego wykazu lub wskazania nowego rachunku bankowego ujawnionego w ww. wykazie.
9. Okres do czasu uzyskania przez Przyjmującego zamówienie wpisu rachunku bankowego do przedmiotowego wykazu lub wskazania nowego rachunku bankowego ujawnionego w ww. wykazie nie jest traktowany jako opóźnienie Udzielającego zamówienia w zakresie należnego wynagrodzenia i w takim przypadku nie będą naliczane za ten okres odsetki za opóźnienie w wysokości odsetek ustawowych, jak i uznaje się, że wynagrodzenie nie jest jeszcze należne Przyjmującemu zamówienie w tym okresie.

§ 6

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Strony umowy.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:
   a) niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
   b) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym,
   c) nieprowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy lub niekompletny.
3. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania od Przyjmującego zamówienie pokrycia szkody wyrządzonej niewykonywaniem lub niewłaściwym wykonywaniem przez Przyjmującego zamówienie niniejszej umowy, w tym m.in. kosztów świadczeń nieopłaconych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub innych płatników oraz kar umownych i obowiązków odszkodowawczych nałożonych na Udzielającego zamówienia przez NFZ lub innych płatników w umowach zawartych z Udzielającym zamówienia.
4. Przyjmujący zamówienie upoważnia Udzielającego zamówienia do potrącenia równowartości zakwestionowanego świadczenia z wypłaty wynagrodzenia należnego za kolejne miesiące następujące po miesiącu, w którym Udzielający zamówienia dowiedział się o odmowie zapłaty za świadczenia zdrowotne.
5. Przyjmujący zamówienie nie może powierzyć wykonania usługi innej osobie bez uprzedniej zgody wyrażonej przez Udzielającego zamówienie w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada wymagane prawem ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług, obejmującej sumę gwarancyjną na poziomie określonym w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866.).
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 4 do niniejszej umowy.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ulegnie rozwiązaniu w trakcie obowiązywania niniejszej 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.
5. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków wskazanych w ust. 2 i 4, Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania zapłaty kary umownej w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia brutto wskazanego w § 5 ust. 4 (wypłaconego za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym nastąpiło naruszenie) za każdy dzień trwania naruszenia, co nie pozbawia Udzielającego zamówienia prawa do dochodzenia odszkodowania w wysokości przewyższającej zastrzeżoną karę na zasadach ogólnych.
6. Przyjmujący zamówienie upoważnia Udzielającego zamówienia do potrącenia równowartości naliczonych kar umownych z wypłaty wynagrodzenia należnego za kolejne miesiące następujące po miesiącu, którego dotyczy naruszenie.

§ 8

1. Udzielający zamówienia wyznacza ze swej strony do koordynacji zobowiązań umownych p. ……, telefon: ……., e-mail: …….....,
2. Osobą do koordynacji zobowiązań umownych ze strony Przyjmującego zamówienie będzie: p. ……, telefon: ……., e-mail: …….....

§ 9

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony:
   od dnia …… do dnia……
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
   a) z upływem czasu, na jaki została zawarta,
   b) na mocy porozumienia Stron,
   c) w przypadku jej wypowiedzenia przez każdą ze Stron, złożonego na piśmie, z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia, którego bieg rozpoczyna się w pierwszym dniu kalendarzowym miesiąca następującego po miesiącu, w którym doręczono pismo dotyczące rozwiązania umowy - w przypadku złożenia wypowiedzenia w urzędzie pocztowym lub u innego operatora listem poleconym przyjmuje się, iż data stempla pocztowego jest równoznaczna z doręczeniem wypowiedzenia.
3. Strony zastrzegają sobie możliwość rozwiązania umowy w następstwie rażącego naruszenia jej postanowień bez okresu wypowiedzenia w przypadku:
   a) ograniczenia przez Przyjmującego zamówienie zakresu i obniżeniu jakości udzielanych świadczeń,
   b) nie przestrzegania przez Przyjmującego zamówienie harmonogramu udzielanych świadczeń,
   c) wykonywania świadczeń niezgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej,
   d) uzasadnionych skarg pacjentów uznanych przez Udzielającego zamówienia jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawnych regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych,
   e) nie wypłacenia Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenia co najmniej przez dwa okresy płatnicze.
4. Umowa wygasa automatycznie w przypadku utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień koniecznych do wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową, bądź zawieszenia jego uprawnień zawodowych.

§ 10

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1) Administratorem danych osobowych Przyjmujących zamówienie jest Miejskie Centrum Medyczne „Polesie" w Łodzi, adres: ul. A. Struga 86, 90-557 Łódź;
2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@mcmpolesie.pl;
3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została wykonana, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń.
2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

§11

1. Strony będą dążyły do polubownego rozstrzygania wszelkich sporów, powstałych w związku z niniejszą umową, jednak w przypadku gdy nie osiągną porozumienia, zaistniały spór będzie poddany rozstrzygnięciu przez Sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego zamówienia.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy, mogą nastąpić za zgodą obydwu Stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Obowiązki w zakresie zobowiązań podatkowych, ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, wynikające z wykonywania umowy, spoczywają na Przyjmującym zamówienie.
3. W kwestiach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności Kodeksu Cywilnego.
4. Prawa i obowiązki jak również wierzytelności Przyjmującego zamówienie wynikające z niniejszej umowy, nie mogą być przenoszone na osoby trzecie bez uprzedniej, pisemnej zgody Udzielającego zamówienia pod rygorem nieważności.
5. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA **PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

MATERIAŁY INFORMACYJNE
Z ZAKRESU BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY DLA
osób realizujących prace na terenie **Przychodni MCM Polesie w Łodzi**

Pracownicy firm zewnętrznych/osoby realizujące prace na trenie MCM Polesie są zobowiązani do:

- posiadania odpowiednich kwalifikacji do realizacji pracy,
- posiadania aktualnego szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz badań lekarskich zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
- wykonywania pracy w odpowiedniej odzieży roboczej oraz obuwiu roboczym,
- posiadania i stosowania wymaganych środków ochrony indywidualnej,
- zapoznania się z zasadami pracy obowiązującymi na terenie Przychodni,
- przestrzegania obowiązujących regulaminów i zarządzeń wewnętrznych,
- przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- niezwłocznego zgłaszania zaistniałych na terenie zakładu wypadków.

1. Urządzenia używane przez firmę zewnętrzną/ osoby realizujące prace nie mogą stwarzać zagrożenia.
2. W przypadku stosowania w procesie pracy substancji i mieszanin niebezpiecznych lub stwarzających zagrożenie przedstawiciel firmy zewnętrznej powinien posiadać aktualny Spis tych substancji oraz ich karty charakterystyki.
3. Wszelkie materiały stosowane czy używane w czasie wykonywania pracy muszą być tak przechowywane i zabezpieczone, aby nie stwarzały zagrożenia dla współpracowników.
4. Wszelkie odpady powstałe podczas wykonywania pracy należy usuwać zgodnie z obowiązującymi na terenie Przychodni zasadami segregacji.
5. Miejsca niebezpieczne muszą być tak zabezpieczone, aby nie stwarzały zagrożenia dla ludzi.
6. W sytuacjach awaryjnych, zagrożenia życia lub zdrowia pracowników stosować się do poleceń wydawanych przez upoważnioną osobę.

Czynniki środowiska pracy oraz metody ochrony przed ich wpływem

W Przychodniach mogą występować:

- **czynniki niebezpieczne**, których oddziaływanie na pracującego prowadzi lub może prowadzić do urazu,
- **czynniki szkodliwe i uciążliwe**, których oddziaływanie na pracującego prowadzi lub może prowadzić do schorzenia. Czynniki te można podzielić na: biologiczne, chemiczne, fizyczne i psychofizyczne.

Do czynników niebezpiecznych (urazowych) zaliczamy m.in.:

- Ruchome elementy urządzeń medycznych,
- Ostre i wystające przedmioty,
- Przemieszczanie się ludzi i przedmiotów,
- Napięcie prądu elektrycznego (występuje na wszystkich stanowiskach pracy przy urządzeniach i instalacjach elektrycznych),
- Temperatura urządzeń i powierzchni powodująca poparzenia,
- Substancje chemiczne klasyfikowane jako niebezpieczne, m.in. środki dezynfekcyjne, środki czystościowe.
- Składowanie i stosowanie gazów medycznych,
- Nierówne i śliskie powierzchnie na terenie Przychodni i terenie wokół.

Podstawowe zasady ochrony przed czynnikami niebezpiecznymi:

- utrzymywanie ładu i porządku na stanowisku pracy,
- składowanie materiałów wyłącznie w miejscach wyznaczonych,
- przestrzeganie zasad bezpiecznej pracy z narzędziami ostrymi,
- stosowanie tylko sprawnych urządzeń zgodnie z przeznaczeniem,
- stosowanie środków ochrony indywidualnej.

Czynniki biologiczne to m.in.: wirusy, bakterie, grzyby, pasożyty, priony.
Zakażenie może nastąpić przez bezpośrednie skaleczenie, kontakt z zakażoną osobą lub materiałem biologicznym, drogą pokarmową lub powietrzną.
Źródłem zagrożenia czynnikami biologicznymi mogą być:

- zakażone środowisko,
- chory pacjent, personel,
- zainfekowany sprzęt medyczny, środki medyczne.

***Podstawowe zasady ochrony** przed czynnikami biologicznymi* występującymi w środowisku pracy to prawidłowa organizacja pracy m. in.:

- przestrzeganie znaków bezpieczeństwa i oznakowania stref zagrożenia,
- przestrzeganie bezwzględnego zakazu jedzenia i picia oraz palenia tytoniu na stanowisku pracy personelu medycznego,
- przestrzeganie wymogów higieny tj. mycie rąk, stosowanie środków ochrony indywidualnej,
- przestrzeganie zasad i procedur podczas wykonywania prac, przy których może nastąpić zakażenie.

Najczęstsze zagrożenia spowodowane **czynnikami chemicznymi** występują przy stosowaniu: chemicznych środków dezynfekcyjnych, gazów medycznych, środków czystościowych. W zależności od sposobu działania na organizm człowieka wśród czynników chemicznych można wyróżnić:

- toksyczne, drażniące, żrące, uczulające, rakotwórcze, mutagenne, substancje upośledzające funkcje rozrodcze.

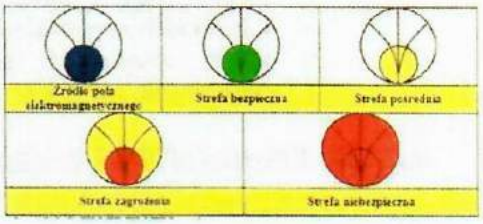
Czynniki chemiczne mogą oddziaływać na organizm człowieka przez drogi oddechowe, skórę i błony śluzowe, a także przez przewód pokarmowy.
***Podstawowe zasady ochrony** przed działaniem czynników chemicznych* to:

- wszystkie stosowane środki chemiczne powinny być oznakowane w sposób widoczny i umożliwiający ich identyfikację,
- znajomość treści kart charakterystyki stosowanych substancji niebezpiecznych,
- przestrzeganie instrukcji postępowania z substancjami chemicznymi,
- przechowywanie środki chemiczne wyłącznie w oryginalnych opakowaniach,
- stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej,
- zapewnienie bezpiecznego gromadzenia, przechowywania i niszczenia odpadów.

Oznakowanie substancji niebezpiecznych

Zagrożenia czynnikami fizycznymi to zagrożenia spowodowane m.in. przez stosowane urządzenia medyczne, urządzenia elektryczne zaplecza technicznego. Czynniki fizyczne występujące w środowisku pracy to: hałas, wibracje, mikroklimat, promieniowanie jonizujące, pole elektromagnetyczne.
Ochrona pracowników przed wpływem czynników fizycznych to przede wszystkim:

- utrzymywanie urządzeń w dobrym stanie technicznym, zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową (terminowe przeglądy techniczne, właściwa konserwacja),
- stosowanie sprawnych i skutecznych ochron przeciwporażeniowych,
- obsługa urządzeń zgodnie z instrukcją obsługi, tylko przez wyznaczone osoby,
- zaopatrzenie pracowników w środki ochrony indywidualnej i zbiorowej,
- nie wchodzenie w strefy zagrożenia, do pomieszczeń, gdzie obowiązuje zakaz wejścia,
- zachowanie jak największej odległości od źródeł promieniowania



Podstawowe zasady bezpiecznego poruszania się:

- Korzystaj tylko z wyznaczonych dróg, chodników i przejść.
- Pojazdy mechaniczne powinny poruszać się tylko po wyznaczonych drogach przeznaczonych do ruchu kołowego, wyraźnie i trwale oznakowanych.
- Poruszając się pieszo, pracownik jest zobowiązany korzystać jedynie z dróg wyznaczonych dla ruchu pieszego, w razie braku drogi dla pieszych należy poruszać się lewą strona drogi.
- Niosąc przedmioty, narzędzia, należy je zabezpieczyć, aby nie przeszkadzały innym użytkownikom drogi.
- Nie tarasować i zaśmiecać dróg transportowych.
- Nie zasłaniać, przestawiać, zmieniać lub usuwać znaków i sygnałów drogowych oraz urządzeń ostrzegawczych i zabezpieczających.
- Zachować szczególną ostrożność przy schodzeniu po schodach, pochylniach.
- Nie wchodzić do pomieszczeń, gdzie obowiązuje zakaz wejścia.

Ręczne prace transportowe

Zasady prawidłowego przenoszenia ciężarów:

- przemieszczane przedmioty należy przenosić jak najbliżej ciała (obciążenie wzrasta wraz z odległością między ciężarem a pracownikiem),
- podczas podnoszenia minimalizować ruchy tułowia (pochylenia, skłony i skręcenia),
- unikać podnoszenia obiektów z przemieszczającym się środkiem ciężkości,
- pochylenie tułowia nie może przekraczać 45°,
- unikać dużej częstotliwości podnoszenia (szybkie tempo),
- przedmiot przemieszczany nie powinien ograniczać pola widzenia pracownika,
- przenosić ciężar na opuszczonych rękach, dźwignie ciężaru przy zgiętych w stawie łokciowym rękach zwiększa dwukrotnie obciążenie zaangażowanych mięśni.

Niedozwolone jest przekraczanie dopuszczalnych mas przenoszonych przedmiotów.

- **Dopuszczalne normy podnoszenia i przenoszenia ciężarów na jednego pełnoletniego pracownika wynoszą:**
  - dla kobiet:

– 20 kg, gdy praca ma charakter dorywczy (do 4 razy na godzinę w czasie zmiany roboczej)
– 12 kg, gdy praca ma charakter stały,

  - dla kobiet w ciąży lub karmiących piersią:

¼ wartości norm dźwigania obowiązujących kobiety.

  - dla mężczyzn:

– 50 kg, gdy praca ma charakter dorywczy,
– 30 kg, przy pracy stałej,

Porządek i czystość w miejscu pracy

Pracownicy powinni pamiętać, że:

- po przyjściu do pracy i założeniu przydzielonej odzieży roboczej własne ubranie należy pozostawić w szatni w przeznaczonych do tego szafkach,
- należy dbać o czystość i stan odzieży roboczej,
- przed każdym posiłkiem myć ręce,
- należy utrzymywać porządek na stanowisku pracy, w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, szatniach.

Na terenie Przychodni MCM Polesie obowiązuje zakaz palenia

ZAKAZ PALENIA

Postępowanie w sytuacjach awaryjnych

Niezwłocznie powiadomić odpowiednie służby. W Rejestracjach w poszczególnych Przychodniach znajdują się wykazy telefonów alarmowych.

W razie pożaru postępować zgodnie z „ Instrukcją postępowania na wypadek pożaru".

Zasady postepowania podczas udzielania pierwszej pomocy

W każdej Przychodni znajdują się apteczki pierwszej pomocy. Obok apteczek wywieszone są ogólne zasady udzielania pierwszej pomocy w razie wypadku oraz informacja o osobach wyznaczonych do udzielania pierwszej pomocy.

Główny Specjalista do BHP
mgr Wiesława Szkubińska

10.10.2018r.

DYREKTOR
Miejskiego Centrum Medycznego
"Polesie" w Łodzi
Monika Kogula

MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE POLESIE

POTWIERDZENIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH MIESIĄC...../ROK.....

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA ..... **NAZWA PORADNI**.....

Część A. Potwierdzenie realizacji świadczeń – Lekarz

Lp.	Data udzielonego świadczenia	godziny pracy od ...do....	Kod rozliczeniowy świadczenia/rodzaj świadczenia	Liczba udzielonych świadczeń	UWAGI
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					

Data .....

Pieczątka i podpis .....

Uwaga!
W wypadku stwierdzonych nieprawidłowości dokument należy zwrócić do osoby wystawiającej Potwierdzenie w celu złożenia stosownych wyjaśnień.
Wypłata wynagrodzenia za udzielone świadczenia może nastąpić tylko i wyłącznie po pozytywnej ocenie merytorycznej.

Część B. Potwierdzenie realizacji świadczeń – Kierownik/osoba merytorycznie odpowiedzialna (nadzorującą realizacje świadczeń)

☐ **Potwierdzam zgodność informacji** zawartych w Potwierdzeniu realizacji realizacji świadczeń z ustalonym haromonogramem pracy i faktycznie. wykonanymi świadczeniami

Data ..... Pieczątka i podpis .....

☐ **Nie potwierdzam zgodności** informacji zawartych w Potwierdzeniu świadczeń z ustalonym haromonogramem pracy i faktycznie wykonanymi świadczeniami.
Opis stwierdzonych nieprawidłowości .....
.....

Data ..... Pieczątka i podpis .....

Część C. Potwierdzenie realizacji świadczeń – Kierownik Działu Kontraktów i Świadczeń Medycznych

☐ **Potwierdzam zgodność informacji** zawartych w Potwierdzeniu realizacji realizacji świadczeń z ustalonym haromonogramem pracy i faktycznie. wykonanymi świadczeniami

Data ..... Pieczątka i podpis .....

☐ **Nie potwierdzam zgodności** informacji zawartych w Potwierdzeniu świadczeń z ustalonym haromonogramem pracy i faktycznie wykonanymi świadczeniami.

Opis stwierdzonych nieprawidłowości .....

.....

.....

.....

Data ..... Pieczątka i podpis .....

Część D. Potwierdzenie przyjęcia rachunku wraz z Załącznikiem Potwierdzenie realizacji świadczeń przez Dział Finansowo-Księgowy

Data ..... Pieczątka i podpis .....

Niniejszym oświadczam, że wynagrodzenie wynikające z zawartej przez Strony w dniu ……..

Umowy Nr …… /2021 r. dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), należy przekazywać na rachunek podany w zgłoszeniu identyfikacyjnym / aktualizacyjnym lub CEiD nr

……

w Banku

……

Zobowiązuję się do informowania na piśmie, o każdej zmianie wyżej podanego rachunku.

……

Pieczęć oraz czytelny podpis

Oświadczam , że należę do następującej grupy

- **gospodarstwa domowe : <u>osoby fizyczne lub NZOZ-y prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek zatrudniające do 9 osób włącznie</u>**

  TAK NIE

- **przedsiębiorstwa niefinansowe : <u>osoby fizyczne , NZOZ-y lub spółki prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek zatrudniające powyżej 9 osób</u>**

  TAK NIE

* właściwe zaznaczyć okręgiem.

.....
Pieczęć oraz czytelny podpis