

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.pl
Godziny urzędowania administracji: 8:00 – 15:35.

OGŁOSZENIE

o postępowaniu prowadzonym trybie konkursu ofert

dotyczącym udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie

położnictwa i ginekologii

na rzecz Miejskiego Centrum Medycznego „Polesie” w Łodzi

nr referencyjny postępowania:

KO / 2 / 2022 r.

Termin składania ofert do dnia 07.12.2022 r. godz. 14:00

Termin otwarcia ofert 07.12.2022 r. godz. 14:15

Podstawa prawa:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. 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 późn. 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
Marcin Kos

Łódź, dnia 22.11.2022 r.

/podpis na oryginale dokumentu/

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

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 przeprowadzone jest w trybie konkursu ofert, na podstawie art. 26 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).

3. Przedmiot konkursu:

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **położnictwa i ginekologii** na rzecz pacjentek Miejskiego Centrum Medycznego „Polesie” w Łodzi, objętych ubezpieczeniem społecznym.

Zakres wykonywanych zadań, w ramach przedmiotu zamówienia, obejmuje udzielanie świadczeń medycznych w tym: konsultacji oraz innych niezbędnych działań podyktowanych stawianą diagnozą, zgodnie z umową zawartą przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Świadczenia udzielane będą w ramach leczenia ambulatoryjnego, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.

Świadczenia, będące przedmiotem konkursu, będą udzielane w dni robocze od poniedziałku do piątku w przedziale czasowym 08:00 - 18:00.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo wyboru ofert w liczbie umożliwiającej realizację świadczeń będących przedmiotem konkursu, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia.

Przedmiot konkursu realizowany będzie w oparciu o umowy cywilnoprawne. Z wybranymi oferentami zostaną ustalone harmonogramy pracy.

4. Miejsce udzielania świadczeń:

Świadczenia będą realizowane:

- a) w Przychodni „Kasprzaka” w Łodzi, ul. Kasprzaka 27,
- b) w Przychodni „Wileńska” w Łodzi, ul. Wileńska 25,
- c) w Przychodni „Maratońska” w Łodzi, ul. Maratońska 71.

Udzielający zamówienia zastrzega o możliwości zmiany miejsca realizacji świadczeń objętych konkursem, w przypadku np. zmian organizacyjnych u Udzielającego zamówienia, itp. W takim przypadku świadczenia mogą być realizowane w jednostkach i komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia, rozmieszczonych na terenie miasta Łodzi w Dzielnicy POLESIE.

5. Termin wykonania zamówienia:

Świadczenia będą realizowane w okresie od **1 stycznia 2023 r.** do **31 grudnia 2024 r.**

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

6.1. Oferent biorący udział w konkursie ofert nie może być związany z Narodowym Funduszem Zdrowia indywidualną umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6.2. Do konkursu przystąpić mogą osoby posiadające dyplom ukończenia studiów medycznych, aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza i prowadzące indywidualną praktykę lekarską oraz posiadające specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty lub specjalizację I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii.

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

- 1) Świadczenia realizowane będą zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w niniejszych SWKO oraz 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) Dokumentacja medyczna pacjentek 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 potrzebami Udzielającego zamówienia,
 - nie zawarcia umowy z wybranym Przyjmującym zamówienie, jeśli nie zostanie on zaakceptowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - 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,
 - wyboru oferenta o wyższych kwalifikacjach w przypadku gdy oceniane oferty uzyskują jednakową liczbę punktów w kryterium cena,
 - wezwania oferentów do złożenia ofert dodatkowych w przypadku gdy oceniane oferty uzyskują jednakową liczbę punktów w kryterium cena, a kwalifikacje oferentów będą takie same.
- 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, opatrzone imienną pieczęcią i/lub czytelnym podpisem,
 - f) wszystkie dokumenty i oświadczenia w językach obcych należy dołączyć przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego,
 - g) w przypadku, gdy w dniu składania ofert M.C.M. „Polesie” w Łodzi posiada wymagane od Oferentów dokumenty, i ich stan prawny i faktyczny nie uległ zmianie (jest aktualny na dzień

- składania ofert), Oferent nie ma obowiązku załączenia tych dokumentów do oferty, natomiast składa oświadczenie, że ich stan prawny i faktyczny nie uległ zmianie,
- h) miejsca, w których Oferent naniósł zmiany w ofercie, winny być parafowane przez osobę (osoby) podpisującą ofertę,
 - i) Oferent nie może wycofać oferty i wprowadzić zmian po terminie składania ofert.

5) Cena oferty - wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie:

Ceną oferty jest wartość za jedną jednostkę rozliczeniową/punkt w złotych za wypracowane/wykonane procedury medyczne, określoną przez Przyjmującego zamówienie w ofercie do dwóch miejsc po przecinku.

Zaoferowana cena/wartość nie może przekroczyć 0,75 zł.

9. Informacje i dokumenty wymagane od oferentów.

9.1. Do oferty należy załączyć:

- 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.
- 3) Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
- 4) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.
- 5) Kserokopię dyplomu ukończenia studiów medycznych.
- 6) Kserokopię prawa wykonywania zawodu.
- 7) Kserokopię dokumentów określonych w pkt 6.2. SWKO, odpowiednio do posiadanych kwalifikacji.

W przypadku, gdy w dniu składania ofert M.C.M. „Polesie” w Łodzi posiada wymagane od Oferentów dokumenty, i ich stan prawny i faktyczny nie uległ zmianie (jest aktualny na dzień składania ofert), Oferent nie ma obowiązku załączenia tych dokumentów do oferty, natomiast składa oświadczenie, że ich stan prawny i faktyczny nie uległ zmianie.

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 przeciwwskazań 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, e-mail: przetargi@mcmpolesie.pl

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 **07.12.2022r.** do godz. **14:00** :

- ✓ osobiście w siedzibie M.C.M. "Polesie" w Łodzi, ul. Struga 86 – sekretariat I piętro,

- ✓ tradycyjną pocztą na adres: Miejskie Centrum Medyczne "Polesie" w Łodzi,
ul. Struga 86, 90-557 Łódź

Ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie, oznaczonej nazwą i adresem Udzielającego zamówienia oraz nazwą Oferenta i napisem „**OFERTA - Konkurs ofert KO/2/2022r.: położnictwo i ginekologia.**”

13. Miejsce i termin otwarcia ofert:

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Udzielającego zamówienia ul. Andrzeja Struga 86 w Łodzi w dniu 07.12.2022 r. o godz. 14:15 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, **odrzucą 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych .
6. Ponadto oferta **zostanie odrzucona**:
 - 1) w przypadku zaoferowania ceny za jedną jednostkę rozliczeniową/punkt wyższej niż 0,75 zł,
 - 2) w przypadku gdy nie spełnia warunków określonych w SWKO oraz w ogłoszeniu.
7. W przypadku gdy braki, o których mowa w ppkt 5 powyżej, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
8. Udzielający zamówienia **unieważnia postępowanie** gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;

- 2) wpłynęła jedna oferta i nie podlega ona odrzuceniu, z zastrzeżeniem Art. 150 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 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.
9. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Udzielającego zamówienia.
 10. 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.
 11. **Ogłoszenie wyników konkursu** zostanie zamieszczone na stronie internetowej Udzielającego zamówienia www.mcmpolesie.pl w zakładce **Przetargi** oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia, 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
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 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: 100 punktów**

Udzielający zamówienia wyjaśnia, że ceną oferty jest wartość za jedną jednostkę rozliczeniową/punkt w złotych za wypracowane/wykonane procedury medyczne, określoną przez Przyjmującego zamówienie w ofercie do dwóch miejsc po przecinku.

Zaoferowana cena/wartość nie może przekroczyć 0,75 zł.

W przypadku zaoferowania ceny wyższej niż 0,75 zł za jedną jednostkę rozliczeniową/punkt oferta zostanie odrzucona.

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

- oferta zawierająca najniższą oferowaną cenę otrzyma 100 punktów.
- kolejne oferty zostaną ocenione wg wzoru:

$$C = \frac{CN}{CB} \times 100$$

gdzie:

C – wartość punktowa oferty w kryterium cena

CN – oferta z najniższą ceną za jedną jednostkę rozliczeniową/punkt spośród ocenianych ofert

CB – cena badanej oferty

Wartość punktowa zostanie zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku zgodnie z zasadami matematycznymi.

3. Z pośród ocenionych ofert Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wyboru kolejno ofert, które uzyskały największą sumę punktów uzyskanych wg. powyższego kryterium, w ilości, która umożliwi właściwą realizację umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. W przypadku gdy oceniane oferty uzyskają jednakową liczbę punktów (zawierają taką samą cenę) za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta oferenta o wyższych kwalifikacjach lub zostaną złożone oferty dodatkowe.

17. Informacje ogólne i zastrzeżenia

- 1) Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
- 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 wpłynie 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 poinformuje o tym Oferenta, którego Oferta została wybrana. Oferent ma obowiązek stawić się w miejscu i terminie podpisania umowy i jej podpisanie.
- 7) Jeżeli Oferent, nie stawi się lub uchyli się od podpisania umowy, Udzielający zamówienia dokona wyboru Oferty najkorzystniejszej spośród Ofert pozostałych niepodlegających odrzuceniu.
- 8) O dokonaniu wyboru Oferty Udzielający Zamówienia niezwłocznie ogłosi w sposób wskazany w ogłoszeniu.

18. Ochrona danych osobowych.

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

- 1) Administratorem danych osobowych Przyjmującego zamówienie 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) Przyjmujący zamówienie 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) Przyjmującemu zamówienie 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 Przyjmującego zamówienie.

Załączniki:

- 1) Formularz ofertowy.
- 2) Projekt umowy.

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **położnictwa i ginekologii** - nr referencyjny postępowania: KO/2/2022r. prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Polesie” w Łodzi.

Dane identyfikacyjne Oferenta zgodnie z właściwymi ewidencjami lub rejestrami w tym odpowiednio: imię i nazwisko (nazwę i siedzibę), 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/2/2022 r.
2. Oświadczam, 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 zdrowotnych.
6. Oświadczam, że kopia dokumentów, o których mowa w pkt 6.2. SWKO znajduje się w posiadaniu M.C.M. „Polesie” w Łodzi, a ich stan prawny i faktyczny nie uległ zmianie i jest aktualny na dzień składania ofert *
*** w przeciwnym wypadku punkt należy wykreślić i dołączyć określone dokumenty.**
7. 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.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia.
9. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty aktualny dokument ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanego rodzaju świadczeń zdrowotnych oraz orzeczenie lekarskie dotyczące przeciwwskazań 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, zostaną złożone najpóźniej w dniu podpisania umowy.

10. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

11. Oferuje następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu:

Oferowana cena (cena/wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie nie może przekroczyć 0,75 zł za jedną jednostkę rozliczeniową/punkt). zł
---	-----------------

12. **Oferowany harmonogram pracy** (ile razy w tygodniu, w jakie dni i w jakich godzinach, w której przychodni).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data i Podpis Oferenta

Załącznikami do oferty są:

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

PROJEKT UMOWY

**UMOWA nr /2022
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:

Marcin Kos – Dyrektor M.C.M. „Polesie” w Łodzi

a

..... – prowadzącym działalność gospodarczą pod nazwą:
....., adres siedziby:,
NIP:, REGON:, adres do doręczeń:
....., posiadającym ważne prawo wykonywania zawodu, zwanym dalej
„**Przyjmującym zamówienie**”.

zwanymi łącznie „Stronami”

Umowę niniejszą Strony zawierają zgodnie z wynikiem konkursu ofert nr referencyjny KO/2/2022 r. prowadzonego na podstawie Art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.).

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych w zakresie **położnictwa i ginekologii** pacjentkom Udzielającego zamówienia objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.
2. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy wykonywane będą w Przychodni w Łodzi, w ramach umowy z NFZ wg następującego harmonogramu:

.....

przy wykorzystaniu lokalu, sprzętu oraz aparatury medycznej, a także innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, należących do Udzielającego zamówienia. Strony dopuszczają możliwość wykonywania świadczeń w innym czasie niż określony powyższym harmonogramem, w drodze wzajemnego porozumienia. Każdą zmianę Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany uzgodnić z kierownikiem przychodni, określonej w ust. 2 oraz zgłosić do Działu Kontraktowania, Monitorowania i Kontrolowania świadczeń medycznych

Udzielającego zamówienia e-mailem na adres kontrakty@mcmpolesie.pl w terminie minimum 5 dni roboczych poprzedzających wprowadzenie zmiany.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz ze sprzętu medycznego należącego do Udzielającego zamówienia zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach wyłącznie określonych w niniejszej umowie.
4. Obowiązek rejestracji pacjentek oraz sprawdzenia uprawnień pacjentek 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 określonego w § 1 ust.2.
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. Informacje, o których mowa powyżej, należy przekazać kierownikowi przychodni, w której realizowane są świadczenia oraz na adres e-mail: sekretariat@mcmpolesie.pl.
3. W razie dwukrotnego naruszenia ustalonego harmonogramu w okresie miesiąca bez zgody Udzielającego zamówienia, Udzielający zamówienia ma prawo do naliczenia kary umownej 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) dokonywać rozliczeń świadczeń udzielonych pacjentkom poprzez nadanie produktu rozliczeniowego;

- 4) dbać o powierzone mienie, a w szczególności o sprzęt i aparaturę medyczną;
- 5) 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;
- 6) 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;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) 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;
- 10) ponosić koszty napraw sprzętu medycznego należącego do Udzielającego zamówienia uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Przyjmującego zamówienie;
- 11) niepobierania za udzielanie świadczeń jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentek 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. W przypadku gdy w wyniku nienależytego lub nieprawidłowego wykonywania przez Przyjmującego zamówienie świadczeń określonych niniejszą umową zostaną nałożone kary przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne instytucje uprawnione do przeprowadzenia kontroli, Udzielający zamówienia ma prawo do obciążenia nałożoną karą Przyjmującego zamówienia oraz żądania jej zapłaty.
3. Przyjmujący zamówienia upoważnia Udzielającego zamówienia do potrącenia równowartości naliczonych kar, o których mowa w ust. 2, z wypłaty wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie.
4. Kara, o której mowa w ust. 2 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.

§ 5

1. Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał **wynagrodzenie miesięczne** w kwocie stanowiącej% kwoty uzyskanej przez Udzielającego zamówienia z Narodowego Funduszu Zdrowia za świadczenia (jednostki rozliczeniowe) wykonane przez Przyjmującego zamówienie w danym miesiącu kalendarzowym.
2. Wszystkie procedury wykonane ponad limit muszą być uzgodnione z Udzielającym zamówienia i będą rozliczone po uzyskaniu środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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. 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.
2. 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.
3. 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.

4. Przyjmujący zamówienie nie może powierzyć wykonania usługi innej osobie bez uprzedniej zgody wyrażonej w formie pisemnej przez Udzielającego zamówienie 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. 1 (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. 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.
7. 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., e-mail:, tel.:

§ 9

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony:
od dnia **1 stycznia 2023 r.** do dnia **31 grudnia 2024 r.**
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 złożono 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 rozstrzygnięcia 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.
3. Obowiązki w zakresie zobowiązań podatkowych, ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, wynikające z wykonywania umowy, spoczywają na Przyjmującym zamówienie.
4. W kwestiach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności Kodeksu Cywilnego.
5. 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.
6. 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 terenie 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 skałeczenie, 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.



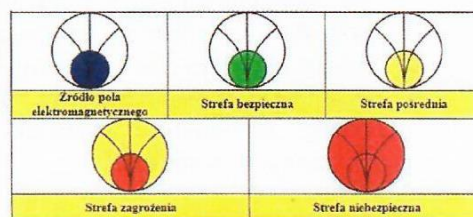
Oznakowanie substancji niebezpiecznych



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 stroną 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 przyjeździe 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 postępowania podczas udzielania pierwszej pomocy

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

Eksp. Grzegorz Szaniński ds. BHP
Dyrektor Miejskiego Centrum Medycznego
"Polesie" w Łodzi
10.10.2018r.

DYREKTOR
Miejskiego Centrum Medycznego
"Polesie" w Łodzi
Monika Nogala

	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 Pieczęć i podpis

Uwaga!

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

Część B. Potwierdzenie realizacji świadczeń – Kierownik/osoba merytorycznie odpowiedzialna (nadzorująca realizację świadczeń)

Potwierdzam zgodność informacji zawartych w Potwierdzeniu realizacji realizacji świadczeń z ustalonym harmonogramem pracy i faktycznie wykonanymi świadczeniami

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

Data Pieczęć i podpis Opis stwierdzonych nieprawidłowości

Data Pieczęć i podpis

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

Potwierdzam zgodność informacji zawartych w Potwierdzeniu realizacji świadczeń z ustalonym harmonogramem pracy i faktycznie wykonanymi świadczeniami

Data Pieczęćka i podpis

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

Opis stwierdzonych nieprawidłowości

.....

.....

Data Pieczęćka i podpis

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

Data

Pieczęćka i podpis

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

Umowy Nr /2022 r. dotyczącej realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii, 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

UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

Oświadczam , że należę do następującej grupy

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

TAK NIE

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

TAK NIE

* właściwe zaznaczyć okręgiem.

.....
Pieczęć oraz czytelny podpis