Signature Not Verified
Dokument podpisany przez Robert Marcin Obaz
Data: 2026.11.26 13:55:09 CET

Jelenia Góra, dnia 26 listopada 2026 roku

Zatwierdzam

OGŁOSZENIE 14/11/2026 z dnia 26 listopada 2026 roku
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Jeleniej Górze
działając na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(t.j. Dz. U. z U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.)

ogłasza konkurs ofert pod nazwą:

„Udzielanie usług logopedycznych pacjentom SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze"

1. Udzielający Zamówienia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze
ul. Cieplicka 69-71, 58-560 Jelenia Góra.
Strona internetowa, na której dostępne jest Ogłoszenie: www.szpitalmsw.net
Godziny urzędowania: pn.- pt., z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w godzinach 7:00 do 14:35.
2. Opis przedmiotu zamówienia
1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **„Udzielanie usług logopedycznych pacjentom SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze**

2) Świadczenia będą realizowane w dni robocze w godzinach ustalonych pomiędzy Udzielającym zamówienia a Przyjmującym zamówienie.

3) Szczegółowe godziny pracy będą realizowane zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zmówienia, w terminach uzgodnionych między stronami.

4) Szczegółowy zakres zamówienia zawarty jest w załączniku nr 1 do Ogłoszenia.
KOD CPV: **85121200-5** Specjalistyczne usługi medyczne.

3. Udzielający Zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych.

4. Termin wykonania zamówienia – 24 miesiące liczone od dnia 1 stycznia 2027 r.

5. Na ofertę składają się następujące dokumenty:

1) formularz ofertowy – zgodnie z zał. nr 3 do Ogłoszenia,
2) formularz cenowy – zgodnie z zał. nr 4 do Ogłoszenia,
3) formularz z danymi osobowymi – zgodnie z zał. nr 5 do Ogłoszenia w celu weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z Informacją dot. przetwarzania danych osobowych osoby weryfikowanej przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub dopuszczeniem do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi – zgodnie z zał. nr 5 do Ogłoszenia,
4) dokumenty potwierdzające nabycie fachowych kwalifikacji, mianowicie:
-osoba która rozpoczęła po dniu 30 września 2012r i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii lub
-rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na kierunku lub
-rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998r i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmującej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii lub
-rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii zwana dalej „logopedą".

5) dyplom ukończenia studiów, zaświadczenia o ukończonych kursach dokształcających,
6) aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszonego konkursu,
7) aktualne badanie przeprowadzone do celów sanitarno-epidemiologicznych,
9) informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1939 z późn. zm.), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
9) wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) – nie starszy niż 6 miesięcy,
11) dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności,
12) oświadczenie o zapoznaniu się z Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych znajdującej się na stronie internetowej szpitala: https://szpitalmsw.net/sygnalista/ - zgodnie z zał. nr 6 do Ogłoszenia,
Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełniania wymagań stawianych Oferentom należy składać w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.
Przez aktualne dokumenty, o których mowa w ust. 5 pkt 6 i 7 należy rozumieć badania aktualne.

6. Sposób porozumiewania się Udzielającego Zamówienia z Oferentami
1) Niniejsze postępowanie prowadzone jest w języku polskim.
2) Wszelkie oświadczenia, zawiadomienia oraz informacje będą przekazywane przez Udzielającego Zamówienia i Oferentów w formie pisemnej w formacie .pdf za pośrednictwem korespondencji e-mail.
3) Dokumenty składane przez Oferentów, w odpowiedzi na wezwanie w trybie art. 149 ust. 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), dalej jako ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powinny być złożone w formie pisemnej w postaci oryginałów lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4) Osobą uprawnioną do porozumiewania się z Oferentami jest Danuta Maciejewska, Małgorzata Pietrzak – dmaciejewska@szpitalmsw.net; pietrzak@szpitalmsw.net ; tel. 756435750; 756435765.

7. Opis sposobu przygotowania oferty
1) Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie więcej niż jednej oferty przez Oferenta skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert złożonych przez danego Oferenta.
2) Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3) Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez Oferenta.
4) Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty (a nie kartki) wraz z załącznikami były ponumerowane i spięte.

8. Miejsce i termin składania ofert.
1) Oferty należy składać w zapieczętowanej kopercie do dnia 11 grudnia 2026 r. do godz. 14:35 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Jeleniej Górze, przy ul. Cieplickiej 69-71 (SEKRETARIAT) lub przesłać na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze, ul. Cieplicka 69-71 58-560 Jelenia Góra (decyduje data wpływu).
2) Koperta powinna być zaadresowana w następujący sposób:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Jeleniej Górze ul. Cieplicka 69-71 58-560 Jelenia Góra
z dopiskiem:
„Udzielanie usług logopedycznych pacjentom SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze
oraz opatrzona nazwą oraz dokładnym adresem Oferenta. Konsekwencje złożenia oferty niezgodnej z w/w opisem ponosi Oferent.

9. Przebieg konkursu, wybór oferenta i ogłoszenie o wyniku konkursu ofert
1) W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający Zamówienia powołuje Komisję w składzie co najmniej 3 członków i wyznacza spośród nich przewodniczącego. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej.
2) Komisja dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o złożoną dokumentację oraz informacje zawarte w formularzu ofertowym biorąc pod uwagę wyznaczone kryterium oceny ofert.
3) Rozstrzygając konkurs ofert Komisja podejmuje kolejno następujące czynności:
a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
b) otwiera koperty z ofertami,
c) ustala, które z ofert spełniają warunki udziału w postępowaniu,
d) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom lub zgłoszone po wyznaczonym terminie,

e)przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
f) wybiera najkorzystniejsze oferty albo nie wybiera żadnej z ofert.
4) Komisja działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w pkt. 3 lit a, b.

10. Udzielający Zamówienia odrzuci ofertę:
1) złożoną przez Przyjmującego Zamówienie po terminie;
2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
3) jeżeli przyjmujący zamówienie 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 przyjmujący zamówienie złożył ofertę alternatywną;
7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Dyrektora Szpitala w ogłoszeniu o konkursie;
8) złożoną przez przyjmującego zamówienie, z którym została rozwiązana przez Szpital umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie przyjmującego zamówienie.

11. W przypadku, gdy braki, o których mowa w ust. 10. pkt 3, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.

12. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

13. Konkurs unieważnia się, gdy:
1) nie wpłynęła żadna oferta;
2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 14;
3) odrzucono wszystkie oferty;
4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Szpital 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.

14. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

15. Kryteria wyboru oferty i sposób oceny.

Wybór oferty zostanie dokonany na podstawie kryteriów: cena wg poniższych zasad:

L.p. Nazwa kryterium Waga

Lp.	Nazwa kryterium	Waga kryterium	Sposób punktowania
1.	Cena za godzinę pracy brutto	100 %	Najniższa zaoferowana cena za godzinę brutto/ cena badanej ofertyx100 pkt. x 100 % waga kryterium

1) Udzielający Zamówienia zawrze umowę z Oferentami, którzy otrzymali najwyższą liczbą punktów wyliczoną na podstawie wyznaczonego kryterium spośród ofert niepodlegających odrzuceniu, z zastrzeżeniem, że oferta nie przekroczy kwoty jaką Udzielający Zamówienia zamierza przeznaczyć na sfinansowanie świadczenia.
2) Komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia ceny oraz warunków udzielania świadczeń zdrowotnych.
3) Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od oferentów są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania

16. Udzielenie zamówienia

Zamówienie zostanie udzielone Oferentom, których oferty zostały ocenione jako najkorzystniejsze w oparciu o kryteria wyboru podane w ust. 15 Ogłoszenia.

17.Istotne postanowienia umowy
Istotne dla stron postanowienia umowy, stanowią załącznik nr 2 do Ogłoszenia.

18.Środki ochrony prawnej przysługujące Przyjmującym Zamówienie:

1) Przyjmujący Zamówienie, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienia 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 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2) Środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienie, unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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.
3) 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.
4) Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
5) Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6) Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia.
7) W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
8) Oferent 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.
9) Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

Załączniki:
1) Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1),
2) Istotne postanowienia umowy (zał. nr 2),
3) Formularz ofertowy (zał. nr 3),
4) Formularz cenowy (zał. nr 4),
5) Formularz z danymi osobowymi w celu weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z Informacją dot. przetwarzania danych osobowych (zał. nr 5),
6) Oświadczenie (zał. nr 6),
7) Klauzula informacyjna (zał. Nr 7).

Załącznik nr 1
Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia

I. INFORMACJE OGÓLNE

1) Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie u**dzielania konsultacji logopedycznych w Poradni Logopedycznej SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze"**

2) Świadczenia będą realizowane w dni robocze ustalone pomiędzy Udzielającym zamówienia a Przyjmującym zamówienie.

3) Szczegółowe godziny pracy będą realizowane zgodnie z harmonogramem ustalonym pomiędzy Przyjmującym a Udzielającym Zmówienia.

II. WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Obowiązki przyjmującego zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania konsultacji logopedycznych pacjentom w Poradni Logopedycznej:

1. prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej (w tym elektronicznej) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi u Udzielającego zamówienia, w tym w szczególności:
   a) określanie rozpoznań,
   b) wprowadzania zrealizowanych u pacjenta procedur,
   c) rejestrowanie procedur usługowych stanowiących podstawę rozliczenia z NFZ,
2. prowadzenie sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz według przepisów wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego zamówienia, należyta dbałość o prawidłowe przechowywanie i bezpieczeństwo danych,
3. prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w celu likwidowania lub zmniejszania zaburzeń komunikacyjnych dzieci, młodzieży,
4. prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w zakresie czytania i pisania, a w wielu przypadkach w zakresie ogólnego rozwoju psychomotorycznego,
5. utrzymywanie właściwych kontaktów z rodzinami dzieci i młodzieży objętych opieką logopedyczną, nauczycielami, oraz innymi terapeutami (psychologiem, rehabilitantem), by wspólne poszukiwać rozwiązań problemów wynikających z zaburzeń komunikacji,
6. opracowywanie, adaptowanie oraz weryfikowanie narzędzi badawczych do diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji,
7. prowadzenie doradztwa logopedycznego; ustalanie postępowania korekcyjno-terapeutycznego (np. na etapie diagnozy, prewencji i terapii logopedycznej),
8. prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w celu likwidowania lub zmniejszania zaburzeń komunikacyjnych dzieci, młodzieży i dorosłych,
9. prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w zakresie czytania i pisania (dysleksja, dysortografia, dysgrafia),
10. prowadzenie pracy profilaktycznej i terapii logopedycznej osób z uszkodzonym słuchem (surdologopedia);
11. prowadzenie terapii osób z afazją, alalią, dyzartrią, z porażeniem mózgowym, jąkających się , z zaburzeniami płynności mówienia, upośledzonych umysłowo, z zespołem Downa, autystycznych, z mutyzmem oraz chorych psychicznie (neurologopedia),
12. promowanie zdrowego stylu życia wśród pacjentów,
13. zachowanie tajemnicy postanowień niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach umowy, w szczególności tych, które stanowią tajemnicę Udzielającego Zamówienia, których ujawnienie mogłoby narazić na szkodę Udzielającego zamówienia lub naruszenie dóbr osobistych jego pracowników i pacjentów,
14. zapoznanie się z aktami wewnętrznymi, regulaminami obowiązującymi w Szpitalu, w tym w szczególności z zarządzeniami, procedurami, instrukcjami Dyrektora Szpitala oraz ich przestrzeganie,
15. ścisła współpraca z wszystkimi komórkami organizacyjnymi i pracownikami Szpitala, w tym poprzez udzielanie pisemnych wyjaśnień lub informacji niezbędnych do prowadzenia postępowań dotyczących roszczeń lub zarzutów zgłaszanych wobec Szpitala, a także składanie w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia pisemnych wyjaśnień dotyczących skarg na niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych.

III. POZOSTAŁE INFORMACJE

1) Świadczenia będą udzielane zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienia.

2) Termin realizacji zamówienia: 24 miesiące od dnia 1 stycznia 2027 roku.

Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

Umowa zlecenia nr……

zawarta w dniu …… r. w Jeleniej Górze pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpitalem Specjalistycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Jeleniej Górze z siedzibą przy ulicy Cieplickiej 69-71, 58-560 Jelenia Góra, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą nr księgi rejestrowej 000000018639 oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000011353, NIP 611-22-23-286, REGON: 230173142
reprezentowanym przez **Roberta Obaza - Dyrektora** samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej uprawnionego do reprezentacji Udzielającego zamówienia, zgodnie z informacją odpowiadającą odpisowi aktualnemu z KRS,
zwanym w dalszej treści umowy **„Udzielającym zamówienie”,**
a
……..……..
zwanym w dalszej treści umowy **„Przyjmującym zamówienie”**

Na podstawie art. 26 - 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn.zm.), w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert z dnia …… r. Strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1
PRZEDMIOT UMOWY

1. Udzielający zamówienie zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

a. świadczenia usług ……;
b. ……
na rzecz pacjentów poprzez realizację umów (kontraktów) podpisanych przez Udzielającego zamówienie z NFZ i innymi podmiotami oraz wykonywania każdorazowych zleceń wynikających z działalności statutowej Udzielającego zamówienie.

2. Świadczenia udzielane w myśl ust. 1 obejmują także wykonywanie czynności służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów.

3. Czynności, objęte przedmiotem umowy będą wykonywane u Udzielającego zamówienie w dniach i godzinach określonych w harmonogramie (grafiku) stanowiącym **Załącznik nr 1** do niniejszej umowy, zgodnie z potrzebami Przyjmującego Zamówienie i w ilościach zadeklarowanych godzin zgłoszonych do Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że przedmiot Umowy nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Przyjmującego Zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotów i instytucji zewnętrznych w ramach podpisanych przez Udzielającego Zamówienie umów, zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, wymaganiami NFZ i regulacjami wewnętrznymi SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze w trakcie realizacji świadczeń medycznych u Udzielającego Zamówienia.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania pomocy …….. w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki.

§ 2
OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek należycie i terminowo wykonywać obowiązki związane z przedmiotem umowy.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do nadzoru i aktywnego udziału w udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami.

3. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek wykonywania świadczeń zdrowotnych określonych w umowie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z zasadami Kodeksu Etyki, Zarządzeniami Prezesa NFZ, powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym rozporządzeniami Ministra Zdrowia, co do zakresu objętego niniejszą umową oraz Zarządzeniami Dyrekcji Udzielającego Zamówienie.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zapoznać się ze wszelkimi obowiązującym u Udzielającego Zamówienie regulaminami, zarządzeniami oraz przepisami porządkowymi. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ich przestrzegania, jeśli są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. W przypadku wątpliwości w powyższym zakresie, Przyjmujący Zamówienie niezwłocznie powiadomi o tym fakcie Udzielającego Zamówienie.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania wewnętrznych przepisów obowiązujących u Udzielającego Zamówienie oraz przepisów Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie nadzorowanych i koordynowanych przez niego świadczeń zdrowotnych.

6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest realizować przedmiotowe świadczenia zdrowotne w innych komórkach działalności medycznej Udzielającego Zamówienie według zapotrzebowania Udzielającego Zamówienie oraz zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia i zawartą umową pomiędzy Udzielającym Zamówienie a Narodowym Funduszem Zdrowia, a w przypadku zmian dokonanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do dostosowania się do tych zmian.

7. PrzyjmującyZamówienie zobowiązany jest zapewnić poufność informacji dotyczących Udzielającego Zamówienie uzyskanych w związku z realizacją niniejszej umowy i nie ujawniać tych informacji bez uprzedniej pisemnej pod rygorem nieważności zgody Udzielającego Zamówienie w czasie trwania niniejszej umowy oraz po jej zakończeniu.

8. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

   a) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w terminie i wysokości określonej w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866 z późn. zm.) i kontynuowania ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy, przy czym wysokość sumy gwarancyjnej nie może być niższa od obowiązującej kwoty gwarancyjnej, wynikającej z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

   b) złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa wyżej najpóźniej w dniu podpisania umowy, a kolejnych najpóźniej na trzy dni przed końcem okresu trwającego jeszcze ubezpieczenia,

   c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia dla polisy.

9. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystać udostępnionych przez Udzielającego Zamówienie pomieszczeń, wyposażenia, wyrobów medycznych, produktów leczniczych do udzielania świadczeń innych niż objęte niniejszą umową.

10. Przyjmujący Zamówienie nie może wykorzystywać majątku Udzielającego Zamówienie w celach innych niż związanych wyłącznie z realizacją niniejszej umowy bez zgody Udzielającego Zamówienie wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

11. Przyjmujący Zamówienie nie może użyczać oraz rozporządzać majątkiem Udzielającego Zamówienie w jakikolwiek inny sposób na rzecz osób trzecich.

12. Przyjmujący Zamówienie będzie wykorzystywał udostępniony mu sprzęt i wyposażenie w sposób odpowiadający jego właściwościom i przeznaczeniu, zgodnie z zasadami prawidłowej obsługi.

15. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do współpracy z personelem udzielającym świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienie.

16. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany i zarazem uprawniony do korzystania w razie potrzeby z konsultacji lekarzy zatrudnionych u Udzielającego Zamówienie lub wykonujących na rzecz Udzielającego Zamówienie świadczenia zdrowotne w ramach umów cywilnoprawnych.

17. Przyjmujący zamówienie w okresie obowiązywania przedmiotowej umowy zobowiązany jest do posiadania i przedkładania Udzielającemu zamówienie aktualnych badań lekarskich wskazujących na brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń medycznych, będących przedmiotem umowy.

Badania lekarskie Przyjmujący zamówienie wykona na własny koszt i przedłoży Udzielającemu Zamówienie.

18. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest posiadać właściwą, zgodną z obowiązującymi normami bhp odzież i obuwie robocze.

19. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest posiadać i przedłożyć aktualne zaświadczenie o odbyciu szkoleń z zakresu bhp.

20. Przyjmujący Zamówienie uprawniony jest do zawarcia osobnej umowy z zakresu prania odzieży roboczej z wykorzystaniem usług pralniczych, z których korzysta Udzielający Zamówienie na koszt Przyjmującego Zamówienie. Jeśli Przyjmujący Zamówienie decyduje się utrzymać odzież roboczą we własnym zakresie, wówczas czyni to na własną odpowiedzialność.

21. Sposób realizacji świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie powinien być zgodny z wymogami NFZ.

22. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do każdorazowego pisemnego powiadomienia Udzielającego Zamówienie o planowanej nieobecności lub zmianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych najpóźniej na siedem dni przed planowaną zmianą.

23. Przyjmujący Zamówienie nie może bez pisemnej zgody Kierownika ds. Administracyjno-Gospodarczych przyjmować lub wydawać sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie oddziału, poradni.

24. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do każdorazowego informowania Udzielającego Zamówienie o każdej usterce lub awarii sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie oddziału, poradni, w której realizuje przedmiot umowy za pośrednictwem portalu przeznaczonego do zgłaszania usterek.

25. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:

    a) sporządzania dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz standardem dokumentacji obowiązującej u Udzielającego Zamówienie w tym dokumentacji elektronicznej w dniu udzielania świadczenia,

    b) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej wg przepisów i postanowień obowiązujących u Udzielającego Zamówienie.

26. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:

    a) przestrzegania wewnętrznych uregulowań Udzielającego Zamówienie w zakresie wdrożonego systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji,

    b) przestrzegania przepisów w zakresie ochrony danych osobowych, dbania o bezpieczeństwo powierzonych Przyjmującemu Zamówienie do przetwarzania, archiwizowania lub przechowywania informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienie.

27. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w których posiadanie wszedł w czasie obowiązywania niniejszej umowy, a których ujawnienie mogłoby narazić Udzielającego Zamówienie lub osoby trzecie na szkody. W momencie rozwiązania lub wygaśnięcia umowy

Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zwrócić wszelkie posiadane przez siebie dokumenty i materiały,

związane z działalnością Udzielającego Zamówienie.

29. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dbania o bezpieczeństwo informacji w zakresie zgodnym z wykonywanym przedmiotem umowy.

30. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zgłoszenia swoich danych dla celów nadania uprawnień do użytkowania systemu informatycznego, w tym prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

31. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do Uczestnictwa w szkoleniach z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym jakie organizuje Udzielający Zamówienie.

32. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, iż Udzielający Zamówienie uczestniczy w przygotowywaniu

osób do wykonywania zawodu medycznego, na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz może uczestniczyć w doskonaleniu zawodowym przedstawicieli innych zawodów. Przyjmujący Zamówienie mając na

względzie zdanie poprzednie będzie współpracować z Udzielającym Zamówieniem w wyżej wymienionym zakresie.

33. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, że wykorzystanie dokumentacji lub innych danych pozyskanych w związku z realizacją przedmiotu umowy do celów innych niż bezpośrednio służące realizacji

niniejszej umowy, stanowi rażące naruszenie przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków umownych i uprawnia do niezwłocznego rozwiązania umowy z winy Przyjmującego Zamówienie.

34. Przyjmujący zamówienie może za zgodą Udzielającego zamówienie, w razie takiej konieczności, polecić wykonywanie przedmiotu umowy innej osobie posiadającej co najmniej równorzędne uprawnienia do realizacji przedmiotu umowy.

§3
OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Dla realizacji umowy Udzielający Zamówienie zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie dostęp do pomieszczeń oraz wyposażenia, gdzie udzielane są świadczenia medyczne zgodnie z niniejszą umową.
2. Udzielający Zamówienie ponosi koszty związane z serwisowaniem urządzeń i sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie pomieszczeń, w których zgodnie z niniejszą umową udzielane są świadczenia zdrowotne.
3. Udzielający Zamówienie oświadcza, że pomieszczenia, spełniają warunki sanitarno- epidemiologiczne stawiane placówce Udzielającego Zamówienie.
4. Udzielający Zamówienie zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu Zamówienie w celu realizacji świadczeń objętych niniejszą umową, zaopatrzenia w wyroby medyczne, produkty lecznicze i inne materiały konieczne do udzielania świadczeń. Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do wglądu do ewidencji zużytych wyrobów medycznych i produktów leczniczych.
5. Udzielający Zamówienie udostępni do wglądu na wniosek Przyjmującego Zamówienie wewnętrzne zarządzenia Udzielającego Zamówienie.

§4
ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność przed Udzielającym Zamówienie z tytułu realizacji obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone Udzielającemu Zamówienie i osobom trzecim nierzetelnym, niedbałym lub niestarannym prowadzeniem dokumentacji medycznej i innej, do której prowadzenia zobowiązany jest Przyjmujący Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wynikające z błędu medycznego wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.
4. Przyjmujący zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za ordynowanie leków, materiałów medycznych i stosowanie procedur medycznych. Ordynowanie leków powinno odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz zgodnie z Receptariuszem Szpitalnym, obowiązującym u Udzielającego zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za niewłaściwą kwalifikację udzielonych świadczeń zdrowotnych do odpowiednich grup rozliczeniowych określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. Przyjmujący Zamówienie jest odpowiedzialny za utratę lub uszkodzenie sprzętu i aparatury medycznej Udzielającego Zamówienie, jeżeli uszkodzenie sprzętu nastąpiło w wyniku używania przez Przyjmującego Zamówienie sprzętu medycznego niezgodnie z jego przeznaczeniem, właściwościami lub niewłaściwą obsługą.
7. W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia mienia Udzielającego Zamówienie przez Przyjmującego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie odpowiada za zaistniałą szkodę w pełnej wysokości za wyjątkiem następujących przypadków:
   a) gdy uszkodzenie mienia powstało wyłącznie z przyczyn leżących po stronie pracowników Udzielającego Zamówienie.
   b) gdy uszkodzenie lub zniszczenie powstało wyłącznie wskutek działania siły wyższej.
8. W przypadkach określonych w ust. 5, 6 i 7 niniejszego paragrafu strona, która dowiedziała się o tym fakcie winna niezwłocznie zawiadomić drugą stronę celem sporządzenia odpowiednich protokołów stwierdzających rodzaj i wysokość zaistniałych szkód, będących podstawą do naliczenia odszkodowania.

9. Zawarcie przez Przyjmującego zamówienie innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie może ograniczać realizowania ustaleń niniejszej umowy.

§5
KONTROLA

1. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienie, a w szczególności co do:
   a) sposobu i terminowości udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości,
   b) gospodarowania użytkowanym sprzętem, aparaturą medyczną, wyrobami medycznymi, produktami leczniczymi oraz innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych,
   c) właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości,
   d) należytej realizacji przedmiotu umowy.
2. Udzielający Zamówienie jest zobowiązany do przeprowadzenia kontroli w sposób niezakłócający wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków określonych w niniejszej umowie.
3. Przyjmujący Zamówienie podda się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z NFZ.

§ 6
CESJA PRAW I OBOWIĄZKÓW

Przyjmujący Zamówienie przyjmuje do wiadomości, zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, że czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Czynność prawna dokonana bez zgody, o której mowa powyżej, jest nieważna.

§7
OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie jest objęty zakazem o którym mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że aby udzielać świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 niniejszej umowy posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje zawodowe zgodnie z przepisami prawa i niezbędnymi wymogami w tym zakresie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przystępowania do realizacji przedmiotu umowy w stanie psychofizycznym pozwalającym na właściwe i staranne wykonywanie.
4. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że nie ciąży na nim wyrok sądów powszechnych, ani zawodowych sądów, który uniemożliwiłby mu wykonywanie niniejszej umowy, a także oświadcza, że niezwłocznie poinformuje Udzielającego Zamówienie o wystąpieniu sytuacji, o których mowa w niniejszym punkcie.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do sporządzania dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących podmioty lecznicze.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że zna zasady użytkowania aparatury i sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie Oddziału, Poradni objętej niniejszą umową.
7. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:
   a) zobowiązuje się przestrzegać postanowień kodeksu etyki zawodowej i ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
   b) zobowiązuje się postępować zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej i należytą starannością,
   c) zobowiązuje się przestrzegać przepisów wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego Zamówienie.
8. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że w czasie przeznaczonym na realizację przedmiotu niniejszej umowy, nie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych ani wykonywał żadnych innych czynności na zlecenie

podmiotów lub instytucji zewnętrznych, w tym także na rzecz organów władzy publicznej (np. sądów lub prokuratur), jeżeli Udzielający Zamówienie nie zawarł umowy regulującej współpracę z takim podmiotem lub instytucją zewnętrzną.

§ 8
WYNAGRODZENIE

1. Za wykonanie przedmiotu umowy zgodnie z umową Udzielający Zamówienie zobowiązuje się zapłacić, zgodnie z poniższą tabelą Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie w wysokości:

L.p.	Rodzaj usługi	Rodzaj jednostki rozliczeniowej*	Wartość jednostki rozliczeniowej
1.	Usługa ……..	Stawka godzinowa	

2. Udzielający zamówienie wypłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie w wysokości określonej w ust. 1 na podstawie wystawionego na koniec miesiąca rachunku potwierdzonego przez Kierującego Komórką Organizacyjną oraz Sekcją Księgowości zgodnie z harmonogramem czasu pracy danej komórki. W przypadku nieudzielania świadczeń medycznych przy wynagrodzeniu ryczałtowym będzie ono proporcjonalnie pomniejszone o ilość godzin/dni nieobecności.
3. Strony ustalają, że okresem rozrachunkowym będzie jeden miesiąc kalendarzowy.
4. Rachunek należy przedłożyć w terminie do 10 dnia następnego miesiąca zgodnie z Instrukcją Obiegu Dokumentów obowiązującą w SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze wraz z ewidencją godzin wykonywania umowy zgodnie ze wzorem załącznik nr 2.
   a. Udzielajacy Zamówienie zobowiązuje się do przekazania Przyjmujacemu Zamówienia indywidualnego adresu maila służbowego celem obsługi niniejszej umowy.
5. Wynagrodzenie wypłacone będzie miesięcznie, przelewem na wskazane w rachunku konto Przyjmującego Zamówienie w ciągu 14 dni, licząc od dnia otrzymania przez Udzielającego Zamówienie poprawnie wystawionego rachunku.
6. Wynagrodzenie podlega opodatkowaniu i ubezpieczeniu społecznym zgodnie z obowiązującymi przepisami, na podstawie oświadczenia dla celów podatkowych i ubezpieczenia ZUS złożonego przez Przyjmującego Zamówienie- stanowiącego załącznik nr 4 do umowy.
7. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do utrzymania stałych, niezmiennych cen określonych w ust.1 przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy.
8. Udzielający Zamówienia przed terminem płatności wynagrodzenia może zgłosić zastrzeżenia wykonanych świadczeń a Przyjmującym Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie udzielić stosownych wyjaśnień.
9. W przypadku wyjaśniania wskazanych niezgodności w ust. 8 czas wypłaty wynagrodzenia będzie wstrzymany do czasu wyjaśnienia niezgodności. Za dany czas wyjaśnień Przyjmujący Zamówienie nie ma prawa obciążyć Udzielającego Zamówienia odsetkami ustawowymi za opóźnienie.
10. Za termin zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.
11. W przypadku przeprowadzonej kontroli NFZ i negatywnego zweryfikowania wartości punktowej wykonanej procedury, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zwrotu różnicy między wypłaconą kwotą a zweryfikowaną przez NFZ wartością.

§9
OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony ……. miesięcy **od…… do ……**
2. Umowa może być rozwiązana:
   1) na mocy porozumienia stron w każdym czasie,

2) przez oświadczenie jednej ze stron z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia złożonego na koniec miesiąca kalendarzowego,

3) przez Udzielającego zamówienie z zachowaniem jednotygodniowego okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie a dotyczących:

a) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich niewłaściwej ilości i jakości;

b) uzasadnionych skarg pacjentów, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych.

3. Rozwiązanie umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Umowa może być rozwiązana przez Udzielającego zamówienie bez zachowania okresu wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie:

a) utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszone,

b) popełnił w trakcie trwania umowy przestępstwo, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych, jeżeli popełnione przestępstwo zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste,

c) przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody Udzielającego zamówienie,

d) nie dotrzymał warunków określonych w § 2 ust. 10 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,

e) w sposób rażący naruszył postanowienia niniejszej umowy,

f) pobierał nienależne opłaty od pacjentów lub podmiotów za świadczenia będące przedmiotem umowy,

g) nie będzie świadczył usług objętych niniejszą umową przez okres dłuższy niż cztery dni(nieusprawiedliwiona nieobecność)

h) dopuści się naruszenia tajemnicy, do przestrzegania której zobowiązuje go niniejsza umowa oraz obowiązujące przepisy,

i) popadnie w nierozwiązywalny spór z pracownikami Udzielającego zamówienie.

5. Przyjmujący zamówienie jest uprawniony do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku nieuzasadnionego zalegania przez Udzielającego zamówienie z płatnością przez okres dłuższy niż 2 miesiące.

6. Umowa rozwiązuje się w przypadku wygaśnięcia lub rozwiązania zawartej przez Udzielającego zamówienie umowy z NFZ obejmującej zakres świadczeń udzielanych przez Przyjmującego zamówienie na podstawie niniejszej umowy. W takim wypadku Przyjmujący zamówienie nie ma żadnych roszczeń do Udzielającego zamówienie.

7. W przypadku rozwiązania niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przekazania najpóźniej do ostatniego dnia obowiązywania umowy całości dokumentacji medycznej, wraz z jej odpisami i kopiami oraz prowadzonej przez niego sprawozdawczości w formie papierowej i elektronicznej, wszelkie dokumenty i inne materiały dotyczące zarówno tajemnicy służbowej, jak i zawodowej oraz inne dokumenty, jakie sporządził, zebrał lub otrzymał w trakcie trwania umowy w związku z jej wykonywaniem.

§ 10
POSTANOWIENIA ANTYKORUPCYJNE

1. Przyjmującemu Zamówienie nie wolno pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich bliskich z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

2. Przyjmującemu Zamówienie nie wolno prowadzić żadnych działań, które można uznać za działania na szkodę Udzielającego Zamówienie, w szczególności zabronione jest zlecanie wykonywania konsultacji, badań na koszt Udzielającego Zamówienie osobom niebędącym pacjentami Udzielającego Zamówienie.

3. Przyjmującemu Zamówienie nie wolno jest wykonywać świadczeń zdrowotnych u innych świadczeniodawców w godzinach i dniach udzielania świadczeń u Udzielającego Zamówienie.

§ 11
KARY UMOWNE

1. Udzielający Zamówienie może nałożyć na Przyjmującego Zamówienie kary umowne za niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez Przyjmującego Zamówienie jego obowiązków wynikających z niniejszej umowy poprzez:
   a) udzielanie świadczeń w sposób i w terminach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie,
   b) nieudzielanie świadczeń w czasie i miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienie, w tym nieprzestrzeganie dni i godzin przewidzianych na realizację przedmiotu umowy,
   c) pobieranie nienależnych opłat od pacjentów, w tym obciążanie pacjentów kosztami leków, materiałów opatrunkowych lub wyrobów medycznych,
   d) uniemożliwienie kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego Zamówienie,
   e) nie udzielania świadczeń pacjentom w zakresie objętym umową,
   f) nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
   g) nieprzestrzeganie ustalonych u Udzielającego Zamówienie przepisów wewnętrznych, w tym Regulaminu Organizacyjnego,
   h) brak umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmującej kolejne okresy ochrony ubezpieczeniowej w okresie trwania niniejszej umowy,
   i) nieprzedłożenie do służb BHP Udzielającego Zamówienie aktualnych zaświadczeń lekarskich wskazujących brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń medycznych oraz zaświadczeń o odbyciu wymaganych szkoleń z zakresu BHP w czasie trwania niniejszej umowy,
   j) nieprawidłowe kwalifikowanie świadczeń,
   k) naruszenie zobowiązania przewidzianego w § 2 z wyłączeniem ust. 22.
2. W przypadkach wymienionych w ust. 1 Udzielający Zamówienie może nałożyć na Przyjmującego Zamówienie karę umowną w wysokości do 5% miesięcznej należności brutto za ostatni miesiąc, wynikającej z umowy - za każde stwierdzone naruszenie a Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na potrącenie pełnej kwoty kary nałożonej z jego wynagrodzenia.
3. Nie poinformowania Udzielającego zamówienie o nieobecności, o której mowa w § 2 ust 22, Udzielający zamówienie może nałożyć na Przyjmującego zamówienie karę umowną w wysokości do 10% miesięcznej należności brutto za ostatni miesiąc, wynikającej z umowy - za każde stwierdzone naruszenie;
4. Niezależnie od uprawnienia do żądania zapłaty kar umownych Udzielający Zamówienie zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania w kwocie rzeczywiście poniesionej szkody, przewyższającej kary umowne.
5. Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na potrącanie kar umownych z przysługującego wynagrodzenia.

§ 12
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zmiana umowy może być dokonana wyłącznie za zgodą obu Stron.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
3. Załączniki stanowią integralną cześć umowy.
4. Wykaz załączników:
   a) Załącznik nr 1 - Harmonogram realizacji przedmiotu umowy;
   b) Załącznik nr 2 – Ewidencja godzin wykonywania umowy;
   c) Załącznik nr 3 – Formularz oferty(kopia);
   d) Załącznik nr 4 – Oświadczenie Przyjmującego zamówienie do celów składkowo-podatkowych.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne

obowiązujące przepisy prawa.

6. Ewentualne spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane polubownie w drodze negocjacji, w razie braku porozumienia Stron sądem właściwym do ich rozstrzygnięcia będzie Sąd właściwy dla Udzielającego Zamówienie.
7. Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE **PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

Zał. 1. Harmonogram godzin wykonywania umowy nr ..... z dnia .....

imię nazwisko

	SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze													
	Komórka organizacyjna													
Dzień tygodnia	od - do	ilość godzin											od - do	ilość godzin
poniedziałek														
wtorek														
środa														
czwartek														
piątek														
sobota														
niedziela														
SUMA godzin														0

Sporządził ..... w dniu .....

Zatwierdził ..... w dniu .....

Zał. 2. Ewidencja godzin wykonywania umowy nr **za miesiąc.....**

Dzień miesiąca	**SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze**													
	Komórka organizacyjna													
	od - do	ilość godzin	od - do	ilość godzin	od - do	ilość godzin	od - do	ilość godzin	od - do	ilość godzin	od - do	ilość godzin	od - do	ilość godzin
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														
SUMA		0		0		0		0		0		0		0

Sporządził ..... w dniu .....

Zatwierdził ..... w dniu .....

OŚWIADCZENIE DO CELÓW SKŁADKOWO-PODATKOWYCH

1. Dane osobowe

Nazwisko .....Nazwisko rodowe .....

IMIĘ : 1. ..... IMIĘ 2. .....

Data i miejsce urodzenia ..... NR PESEL .....

NR NIP (FIRMA) ..... OBYWATELSTWO .....

PŁEĆ: Kobieta / Mężczyzna * (niepotrzebne skreślić)

2. Adres zamieszkania/zameldowania (będący jednocześnie do wykazania na druku PIT)

gmina/dzielnica..... województwo ..... powiat…….....……..

ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania ..... kod pocztowy .....

miejscowość/poczta ..... **numer telefonu…….…….....**

3. Adres korespondencyjny (podać jeśli adres jest inny niż powyższe)

gmina/dzielnica..... województwo ..... powiat…….....……..…..
ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania ..... kod pocztowy .....

miejscowość/poczta .....

4. Dane do rozliczeń PUBLICZNO-PRAWNYCH (np. ZUS)

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia……

5. Oświadczenie do celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art.233 §1 KK, OŚWIADCZAM, ŻE:

☐ **jestem zatrudniony/a w ramach umowy o pracę lub równorzędnej** i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek na ubezpieczenia społeczne** w danym miesiącu **wynosi:**
☐ **MNIEJ/☐JEST RÓWNA/☐WIĘCEJ** niż minimalne wynagrodzenie za pracę (PROSZĘ PODAĆ ZAKŁAD PRACY,
……...……

☐ **jestem pracownikiem (**podać nazwę miejsca pracy**)**
…….…...… i przebywam na urlopie bezpłatnym: od……. do ……

☐ **jestem zatrudniony w ramach stosunku służbowego zawodowej służby wojskowej** i pełnię służbę w (proszę podać nazwę)……

☐ **jestem objęty/a ubezpieczeniem społecznym z innej umowy zlecenie** i z tego tytułu moja **łączna podstawa składek na ubezpieczenia społeczne** w danym miesiącu **wynosi:**
☐ **MNIEJ/☐JEST RÓWNA/☐WIĘCEJ** niż minimalne wynagrodzenie za pracę (podać nazwę zakładu pracy w przypadku, gdy jest to jedyna forma zatrudnienia)
……...
…..

……...…..

□ **prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą** i z tego tytułu opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej **co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej**

□ **prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą**, z tytułu której opłacam składki od preferencyjnej podstawy wynoszącej **30% minimalnego wynagrodzenia**

□ **zaznaczyć, w przypadku kiedy umowa dotyczy zlecenia zawartego na firmę**

<u>Usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń społecznych. jednocześnie oświadczam, że uzyskany przychów opodatkuję jako przychód z prowadzonej przeze mnie działalności.</u>

□ **jestem pracownikiem innego zakładu** lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na: □urlopie bezpłatnym / □ wychowawczym / □macierzyńskim / □rodzicielskim

□ **jestem studentem/uczniem szkoły ponadpodstawowej** i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji)

.....

□ **posiadam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych** np. umowa agencyjna, z tytułu pracy nakładczej, działalności twórczej lub artystycznej, i inne (proszę podać jeśli posiadam)
……..……

□ **jestem □emerytem/□rencistą :** nr świadczenia……..……..….

□ **legitymuję się orzeczeniem** o stopniu niepełnosprawności (jestem niepełnosprawny/a w stopniu ……..)

□ **NIE JESTEM ubezpieczony** z tytułu ubezpieczeń społecznych

□ **WNOSZĘ** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym

□ **WNOSZĘ** o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/ □dobrowolnym chorobowym

……
……

(inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)

Jednocześnie oświadczam, że o fakcie jakiejkolwiek zmiany powyższych danych niezwłocznie poinformuję Zleceniodawcę.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne(emerytalne, rentowe finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniobiorcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.)

Ponadto potwierdzam zapoznanie się z załączoną do niniejszego oświadczenia „Klauzulą informacyjną RODO".

Niniejsze oświadczenie zobowiązuję się składać co miesiąc

....
data Podpis Zleceniobiorcy

Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

Imię i nazwisko: .....

Miejsce zam/.: .....kod.....ul.....

nr telefonu/fax ……..... , e-mail.....

PESEL *…… NIP……..

prowadzący/a działalność gospodarczą pod firmą

……..

z siedzibą w.....kod.....ul.....

NIP ……..

Osoba upoważniona do kontaktów:.....tel. .....

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze 58-560 ul. Cieplicka 69-71

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie - Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pod nazwą: „Udzielanie usług logopedycznych pacjentom SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze”

1) zobowiązuję się świadczyć usługę na zasadach określonych w Ogłoszeniu,
2) termin realizacji zamówienia: 24 miesiące (jednakże nie wcześniej niż od 1 stycznia 2027r.) .
3) termin płatności: zgodnie z § 8 ust. 5 Istotnych Postanowień Umowy.
4) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
5) Oświadczam, że posiadam kwalifikacje, o którym mowa w ust. 5 do ogłoszenia.
6) Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt 5 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
7) Ofertę niniejszą składamy na zapisanych ..... kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.
8) Załącznikami do niniejszej oferty są:

1) ……

2) ……..

3) ……..

4)……..

……..... , dnia …….. ……..

(podpis Przyjmującego Zamówienie)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze
ul. Cieplicka 69-71, 58-560 Jelenia Góra

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:
Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

……..……

Adres Przyjmującego Zamówienie:
……..……..

Konkurs ofert pod nazwą

„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług logopedycznych w komórkach organizacyjnych SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze”

FORMULARZ CENOWY

Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym, Przyjmujący Zamówienie oferuje wynagrodzenie w wysokości:

L.p.	**Rodzaj usługi**	**Rodzaj jednostki rozliczeniowej***	**Wartość jednostki rozliczeniowej**
1	*2*	*3*	*Wypełnia Oferent*
1.	Usługa logopedyczna – Poradnia Logopedyczna	Stawka za godzinę	

Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty cenowej z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

……., dnia …… ……..
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

Załącznik nr 5 do Ogłoszenia

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze
ul. Cieplicka 69-71, 58-560 Jelenia Góra

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:
Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

……..……

Adres Przyjmującego Zamówienie:

……..……..

Konkurs ofert pod nazwą

„Udzielanie usług logopedycznych pacjentom SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze"

FORMULARZ – UZYSKANIE INFORMACJI Z REJESTRU SPRACÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSULANYM

Zgodnie z art. 12 pkt. 6 oraz art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2024 r. poz. 1802 z późn. zm.), przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi, w zakresie uzyskania informacji, Dyrektor SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Jeleniej Górze ma obowiązek sprawdzić czy dane tej osoby są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym. W związku z powyższym wymagane jest podanie następujących danych osobowych:

1. Imię ……..
2. Nazwisko ……
3. Nazwisko rodowe ……
4. PESEL ……
5. Data urodzenia ……
6. Imię matki ……
7. Imię ojca ……..

Podpis osoby podającej dane osobowe

……..

Informacja dot. przetwarzania danych osobowych osoby weryfikowanej przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub dopuszczeniem do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.
W związku z zawarciem umowy i zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, z późn. zm.), dalej jako „RODO", informujemy, że:

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze. Z administratorem może się Pani/Pan skontaktować poprzez adres e-mail: sekretariat@szpitalmsw.net, telefonicznie: tel. 75 64 35 700 lub pisemnie na adres korespondencyjny placówki.

2. Inspektor Ochrony Danych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach ochrony i przetwarzania swoich danych osobowych pod adresem e-mail: ido@szpitalmsw.net lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w ust. 1.

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania

Jako Administrator będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu spełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze, wynikającego z art. 12 pkt. 6 oraz art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz.U. 2016 poz. 862 z późn. zm.) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i art. 10 RODO.

4. Okres przetwarzania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres przechowywania dokumentacji określony w przepisach powszechnych i uregulowaniach wewnętrznych Administratora w zakresie archiwizacji dokumentów.

5. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, jeżeli obowiązek taki będzie wynikać z przepisów prawa.
Do Pani/Pana danych mogą też mieć dostęp podmioty przetwarzające dane w imieniu Administratora, np. podmioty świadczące usługi informatyczne, usługi hostingowe, usługi archiwizacji, niszczenia i przewożenia dokumentów.

6. Prawa osób, których dane dotyczą:

Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu:

a) prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii, zgodnie z art. 15 RODO;
b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, zgodne z art.16 RODO;
c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, zgodnie z art. 18 RODO;

Jeżeli chce Pani/Pan skorzystać z któregokolwiek z tych uprawnień prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, który został wskazany w ust. 2 lub pisemnie na adres korespondencyjny, wskazany w ust. 1.
Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Pani/Panu danych osobowych. Organem właściwym dla ww. skargi jest: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie przez Pani/ Pana danych ma charakter obligatoryjny, wynikający z przepisów prawa.

8. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji i profilowaniu.

Pani/ Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania

Załącznik Nr 6
do Procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń
prawa i podejmowania działań następczych

Jelenia Góra, dn.

……..…..…….
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zgodnie z Zarządzeniem nr 30/2024 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWIA w Jeleniej Górze z dnia 25 września 2024 roku zapoznałam(em) się z Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych.

_____
(data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

Klauzula informacyjna załącznik nr 7 do Ogłoszenia

Informacja dot. przetwarzania danych osobowych osób biorących udział w zamówieniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej jako RODO) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, z późn. zm.) informujemy, iż:

1) Administrator danych osobowych

Administratorem państwa danych osobowych jest SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze, adres: ul. Cieplicka 69-71 , 58-560 Jelenia Góra. Z Administratorem może się Pani/Pan skontaktować poprzez adres e-mail: sekretariat@szpitalmsw.net, telefonicznie: tel. 75 6435700 lub pisemnie na adres korespondencyjny Szpitala.

2) Inspektor ochrony danych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach ochrony i przetwarzania swoich danych osobowych pod adresem e-mail: iod@szpitalmsw.net lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w ust. 1.

3) Cele i podstawy prawne przetwarzania

Jako Administrator będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z Pani/Pana udziałem w zamówieniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO - oznacza to, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, kiedy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Obowiązki te wynikają z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także aktów wykonawczych.

4) Okres przetwarzania danych

Dane osobowe będą przetwarzane w formie papierowej oraz elektronicznej przez okres przewidziany przepisami prawa w tym zakresie, w tym przez okres przechowywania dokumentacji określony w przepisach powszechnych i uregulowaniach wewnętrznych administratora w zakresie archiwizacji dokumentów.

5) Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, jeżeli obowiązek taki będzie wynikać z przepisów prawa. Do Pani/Pana danych mogą też mieć dostęp podmioty przetwarzające dane w imieniu Administratora, np. podmioty świadczące usługi IT, audytorskie, usługi archiwizacji, niszczenie, przewożenie i przechowywania dokumentacji, jak również inni administratorzy danych osobowych, przetwarzający dane we własnym imieniu np.: Poczta Polska lub obsługa prawna.

6) Prawa osób, których dane dotyczą:

Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu:

a) prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii – każda osoba, której dane przetwarzamy jest uprawniona do uzyskania informacji o swoich danych osobowych zgodnie z art. 15 RODO;

b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych – w przypadku, gdy dane osobowe przetwarzane przez Administratora są nieprawidłowe lub niekompletne to każda osoba, której dane dotyczą może żądać odpowiednio ich poprawienia lub uzupełnienia zgodnie z art. 16 RODO;

c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych – z ważnych przyczyn,

np.: kwestionowanie legalności przetwarzania danych osobowych, zgodnie z art. 18 RODO;

Jeżeli chce Pani/Pan skorzystać z któregokolwiek z tych uprawnień prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, który został wskazany w ust. 2 lub pisemnie na adres korespondencyjny, wskazany w ust. 1. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Pani/Panu danych osobowych. Organem właściwym dla ww. skargi jest: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7) Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych osobowych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter obligatoryjny. Zasady ich pozyskania są uregulowane w w/w przepisach.

8) Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji i profilowaniu

Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.