

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 01/2012 z dnia 09.01.2012r.*

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (SWKO) NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU

PRZEDMIOTEM KONKURSU JEST ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI LEKARSKIEJ W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Działając na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2015.618 j.t. z późn. zm.) oraz przepisów art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1-5, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015.281 j.t. z późn. zm.), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, jako Zamawiający, przedstawia warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert.

I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

PRZEDMIOTEM KONKURSU JEST ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI LEKARSKIEJ W ZAKRESIE NOCNEJ I
ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

II. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
ul. Arkońska 4
71-455 Szczecin

Adres do korespondencji:
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 2
strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
e-mail: gryszak@spwsz.szczecin.pl; witulska@spwsz.szczecin.pl
tel. 507781886, fax: 91 813 90 68

Ogłoszenie o konkursie zamieszczono:
– na stronie internetowej www.spwsz.szczecin.pl.

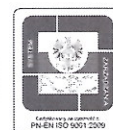
Lokalizacje:
71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



III. TERMINY

Termin składania ofert: **do 08.01.2019r. do godz. 9⁰⁰**

Termin otwarcia ofert: **08.01.2019r. godz. 12⁰⁰**

Termin związania ofertą: **30 dni od upływu terminu złożenia oferty.**

IV. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Udzielający zamówienia wymaga, aby:

- świadczenia medyczne objęte ofertą były udzielane przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające kwalifikacje i uprawnienia, określone w odrębnych przepisach spełniających wymagania przewidziane przez NFZ,
- świadczenia medyczne objęte ofertą były zakończone pisemnym wynikiem podpisanym przez osobę/y z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami,
- świadczenia medyczne objęte ofertą były wykonywane przy użyciu aparatów lub urządzeń gwarantujących skuteczną diagnostykę i spełniających standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prawodawcę.

Szczegółowy wykaz wymaganych parametrów granicznych znajduje się w **Załączniku nr 1** do niniejszych SWKO.

2. Sposób przygotowania oferty:

- Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę na dany zakres świadczeń.
- Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami, na formularzach ofertowych wg wzoru stanowiącego **Załączniki od nr 2 do nr 6** do niniejszych SWKO.
- Oferta musi być podpisana, a kserokopie potwierdzone z klauzulą „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” przez osobę (osoby) uprawnioną do występowania w imieniu oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej.
- Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem terminu składania ofert.
- Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
- Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane i spięte w sposób zapobiegający dekompletacji oferty.
- Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
- Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie.
- Ofertę wraz z załącznikami, opatrzoną danymi Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

„Oferta konkursowa na świadczenie usług zdrowotnych dla SPWSZ w zakresie:

.....
(określić rodzaj postępowania)

nie otwierać przed godz.

liczba stron

(liczba zapisanych stron/kart umieszczonych w kopercie)”.
.....

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



- k) W celu prawidłowego przygotowania oferty, Oferent może zwrócić się do Zamawiającego o udzielenie informacji niezbędnych do prawidłowego złożenia oferty.
- l) Cena oferty musi być podana w PLN.
- m) Nie przewiduje się zwołania zebrania Oferentów.

V. WYMAGANE DOKUMENTY

Oferta w formie pisemnej powinna zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:

1. W przypadku przedsiębiorstw podmiotów leczniczych:
 - a) decyzję o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, albo wypis z takiego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - b) kopię umowy spółki cywilnej lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki - w przypadku zakładów opieki zdrowotnej, dla których Organem założycielskim jest spółka cywilna,
 - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy,
 - d) kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeżeli Oferent posiada takie certyfikaty.
2. W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej:
 - a) decyzję o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, albo wypis z takiego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - b) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru towarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną
 - d) Kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeśli oferent posiada takie certyfikaty.
3. W przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą:
 - a) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub
 - b) aktualny odpis Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorstw, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
 - c) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; Oferent może złożyć także umowę przedwstępną,
 - d) Kopie posiadanych certyfikatów jakości ISO, certyfikatu akredytacji, jeśli oferent posiada takie certyfikaty.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



VI. KRYTERIUM I SPOSÓB WYBORU OFERTY

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany według kryteriów:

1. **100% cena** – wygrywa oferta z najniższą ceną, przy spełnieniu wymaganych parametrów granicznych.

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie w dniach od 31.12.2018r. do 08.01.2019r. do godz. 9⁰⁰ (wyłącznie w dni powszednie) w Kancelarii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie, ul. Broniewskiego 2.
2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

„Oferta konkursowa na świadczenie usług zdrowotnych dla SPWSZ w zakresie:

.....
(określić rodzaj postępowania)

nie otwierać przed godz.

liczba stron

(liczba zapisanych stron/kart umieszczonych w kopercie)”.
.....

3. Na swój wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty, należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej i przesłać pod wskazany niżej adres:
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie
ul. Broniewskiego 2
71-460 Szczecin
4. Oferta przesłana pocztą uznana będzie za złożoną w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do SPWSZ przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w dzienniku korespondencyjnym SPWSZ w Szczecinie.

VIII. SPOSÓB DOKONYWANIA ZMIAN I WYCOFANIA OFERT

1. Oferent może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonych ofert na tych samych zasadach i w terminie określonym do składania ofert.
2. Wszelkie zmiany, o których mowa w punkcie poprzedzającym muszą być złożone według takich samych zasad, jak złożona oferta, odpowiednio oznakowanych z dopiskiem „ZMIANA OFERTY”.
3. Koperty oznaczone dopiskiem „ZMIANA OFERTY” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Oferenta, który wprowadził korekty i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian, zmiany zostaną dołączone do oferty.
4. W przypadku uchybienia terminowi określonego do składania ofert, koperty z dopiskiem „ZMIANA OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zwrócone Oferentowi bez otwierania.
5. Oferent ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania konkursowego poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad jak w przypadku wprowadzania zmian, z napisem na zewnętrznej kopercie „WYCOFANIE OFERTY”.

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPÓLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



6. Oferty wycofane nie będą otwierane i zostaną zniszczone komisyjnie.
7. W przypadku uchybienia terminowi określonego do składania ofert, koperty z dopiskiem „WYCOFANIE OFERTY” nie zostaną otwarte oraz uwzględnione w prowadzonym postępowaniu, a następnie zwrócone oferentowi.
8. Oferentowi składającemu ofertę odnośnie części/zakresu Ogłoszenia, przysługuje prawo do zmiany lub wycofania oferty w zakresie poszczególnych pozycji Ogłoszenia.

IX. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH KONKURSU

1. Oferenci w zakresie Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert mogą zgłaszać pisemnie pytania za pośrednictwem poczty, składać osobiście w Kancelarii SPWSZ w Szczecinie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: gryzak@spwsz.szczecin.pl; witulska@spwsz.szczecin.pl
2. Wszelkie wyjaśnienia dotyczące Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert będą niezwłocznie umieszczone na stronie internetowej SPWSZ w Szczecinie: www.spwsz.szczecin.pl.

X. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia postępowania konkursowego dla świadczenia określonego w Ogłoszeniu powoływana jest Komisja Konkursowa.
2. Dyrektor SPWSZ powołuje Komisję Konkursową w składzie co najmniej trzech członków i wyznacza spośród składu Przewodniczącego, który kieruje pracami Komisji.
3. Komisja rozpoczyna pracę nie wcześniej niż po dokonaniu ogłoszenia i kończy pracę z chwilą rozstrzygnięcia konkursu.
4. Komisja podejmuje decyzje zwykłą większością głosów przy obecności pełnego składu.
5. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu z udziału w pracach Komisji, gdy Oferentem jest:
 - a) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
 - b) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
 - c) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
 - d) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
 - e) pozostają z Oferentem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości, co do ich bezstronności.
6. Udzielający zamówienia w sytuacji, o której mowa w pkt. 5, dokonuje z urzędu lub na wniosek członka Komisji, Przewodniczącego i Oferenta, wyłączenia i powołuje nowego członka Komisji Konkursowej.

XI. MIEJSCE I TERMIN ORAZ TRYB OTWARCIA OFERT

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w siedzibie ogłaszającego w Szczecinie ul. Broniewskiego 2, pok. Nr 328, II piętro, w dniu **08.01.2019r. o godz. 12⁰⁰**.
2. Do chwili otwarcia ofert Ogłaszający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w części jawnej Konkursu.
4. Komisja konkursowa:
 - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert,

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



- b) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana,
 - c) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
 - d) odrzuca oferty nie odpowiadające wymogom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert lub złożone po terminie,
 - e) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, a które zostały odrzucone,
 - f) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów,
 - g) Komisja Konkursowa może zobowiązać Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni pod rygorem odrzucenia oferty,
 - h) wybiera najkorzystniejsze oferty albo nie przyjmuje żadnej.
5. Czynności, o których mowa w ust. 4 lit. c), d) i h), Komisja Konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
6. W trybie przewidzianym w ust. 4 lit. g) nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

XII. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Komisja Konkursowa rozstrzyga o wynikach postępowania konkursowego w ciągu 14 dni od daty otwarcia ofert.
2. Kryteria wyboru ofert : cena: 100%. Wygrywa oferta z najniższą ceną, przy spełnieniu wymaganych parametrów granicznych.
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi SPWSZ) protokół z przebiegu konkursu wraz z umotywowanym wnioskiem o udzielenie zamówienia wybranemu Oferentowi (wybranym Oferentom).
4. Wyniki konkursu uznaje się za obowiązujące po zatwierdzeniu przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
5. Komisja konkursowa zawiadamia Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej: www.spwsz.szczecin.pl, przez okres co najmniej 7 dni, począwszy od następnego dnia po zatwierdzeniu wyników przez Dyrektora SPWSZ w Szczecinie.
6. Odrzuca się ofertę:
 - a) złożoną przez oferenta po terminie;
 - b) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
 - c) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - d) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - e) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
 - f) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.

XIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do ich składania.

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



XIV. ZASTRZEŻENIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Udzielający zamówienia może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania – Oferenta i Udzielającego zamówienia będą podlegały nowemu terminowi.
4. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
5. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę Oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
6. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
7. Umowa zostanie zawarta na okres od 01.02.2019r. do 30.06.2021r .
8. Umowa zawarta zostaje z chwilą podpisania jej przez obie strony. Wymaga ona formy pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zakazana jest zmiana postanowień zawartej umowy oraz wprowadzenie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
10. Wszystkie oświadczenia, wnioski oraz zawiadomienia Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie.
11. Oferent nie może zaproponować za określone świadczenie ceny wyższej, jeżeli Udzielający zamówienia w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert określił cenę maksymalną (dotyczy to również wskaźnika procentowego).
12. Komisja Konkursowa odrzuci ofertę, jeżeli Oferent zaoferuje cenę wyższą niż cena, o której mowa w pkt. 11.
13. Oferty odrzucone, nieprzyjęte, a także w przypadku odwołania, uwzględniania protestu lub umorzenia części/zakresu postępowania konkursowego zostaną stosownie do odpowiedniej części/ zakresu komisyjnie zniszczone.
14. Komisja Konkursowa odrzuci ofertę Oferenta, z którym rozwiązana została w ciągu ostatnich 3 lat umowa z powodu nienależytego wykonania świadczeń.

XV. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowaną skargę. Do czasu rozstrzygnięcia skargi postępowanie konkursowe zostanie zawieszona. W ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wyniku konkursu Oferent może złożyć do zamawiającego umotywowany protest.
2. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do kierownika udzielającego zamówienie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



XVI. ZAWARCIE UMOWY

1. Projekt Umowy stanowi **Załącznik nr 7** do niniejszych SKWO.
2. Umowa będzie zawarta na okres od 01.02.2019r. do 30.06.2021r.
3. Oferent, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o miejscu i terminie podpisania umowy.
4. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

XVII. OFERTA POWINNA ZAWIERAĆ:

1. Stronę tytułową – zgodnie z Załącznikiem nr 2 do SKWO
2. Spis treści – zgodnie z Załącznikiem nr 3 do SKWO
3. Formularz oferty – zgodnie z Załącznikiem nr 4 do SKWO
4. Ofertę cenową – zgodnie z Załącznikiem nr 5 do SKWO
5. Dane oferenta – zgodnie z Załącznikiem nr 6 do SKWO

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów
Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

Wymagane parametry graniczne:

Zadanie nr 1 – ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI LEKARSKIEJ W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Lp.	Warunki graniczne
1	Zespół stacjonarno-wyjazdowy – 2 lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza
2	12 miesięczne doświadczenie w prowadzeniu świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
3	Zapewnienie transportu celem realizacji wizyt lekarskich i pielęgniarskich
4	Zapewnienie wyposażenia niezbędnego do realizacji wyjazdowych wizyt lekarskich

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów
Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Szczecinie*

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

OFERTA

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania)

Oferent:
(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Oferta zawiera kolejno ponumerowanych stron.

.....
(podpis i pieczętka oferenta)

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie

Wzór spisu treści

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania oferty)

.....

Spis treści:

Nr strony (od - do)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Oferent:
(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....

.....
(podpis i pieczętka Oferenta)

Lokalizacja: 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na.....

.....
.....
(wpisać przedmiot postępowania)

- ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4 oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że posiadamy przeszkolony i wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantujący wykonanie usługi z należytą starannością.
6. Oświadczam, że spełniam wymagane parametry graniczne, określone w załączniku Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
7. Oświadczam, że posiadamy odpowiedni sprzęt specjalistyczny oraz pozwolenia w zakresie wykonywania przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
8. Oświadczam, że:
 - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c) akceptuję projekt umowy, i zapisy w nim zawarte;
 - d) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Oświadczam, że oferta składa się zponumerowanych stron.

.....
(podpis i pieczętka oferenta)

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie

Wzór oferty cenowej

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania)

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie

badan
na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Szpital
bez bólu



Lp	NAZWA ZADANIA	Oferowana ,miesięczna cena - ryczałt
1.	ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI LEKARSKIEJ W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	

Słownie brutto:

Uwaga !

Wskazanie w kolumnie orientacyjnej liczby badań nie stanowi minimalnej ilości jaką Udzielający zamówienia zobowiązuje się zlecić Oferentowi do wykonania w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będzie udzielać osób posiadających następujące kwalifikacje:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie

Wzór danych o Oferencie

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania)

.....

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa oferenta - numer wpisu do właściwego rejestru, numer wpisu do właściwego rejestru ZOZ (KRS, ewidencja działalności gospodarczej).

.....

2. Adres Oferenta

ul....., nr.....

Kod pocztowy....., miejscowość.....

Telefon....., fax.....

Regon.....NIP.....

Nazwa banku, nr rachunku

Wymagane dokumenty:

Kserokopia wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz odpis aktualnych rejestrów (KRS, ewidencji o działalności gospodarczej) potwierdzający, że profil działania Oferenta odpowiada profilowi usług objętych niniejszym konkursem.

.....
(Podpis i pieczętka Oferenta)

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



*Załącznik nr 7 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów
Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie*

UMOWA Nr...../.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA
W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

zawarta w Szczecinie dnia roku, pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4, zarejestrowanym w Sądzi Rejonowym Szczecin – Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000003593, NIP 851253954, zwanym dalej „SPWSZ”, reprezentowanym przez Dyrektor – Małgorzatę Usielską,

a

.....

zwanym dalej „**Podwykonawcą**”, reprezentowanym przez

.....

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest podwykonawstwo w zakresie udzielania przez Podwykonawcę świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usług lekarskich w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwanych dalej „świadczeniami”.
2. Podwykonawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń gwarantowanych określonych w:
 - 1) rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 30 czerwca 2017 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”,

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



3) zarządzeniu Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia udzielane są wyłącznie przez osoby wskazane w załączniku nr 1 do niniejszej umowy. Zmiana Załącznika nr 1 następuje w drodze aneksu do niniejszej umowy na 7 dni przed wejściem w życie.
2. W celu realizacji przedmiotu umowy Podwykonawca zobowiązuje się zapewnić obsadę lekarską w ilości co najmniej dwóch lekarzy na jednym dyżurze.
3. Podwykonawca zobowiązuje się do świadczenia opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 08:00 dnia następnego oraz całodobowej w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w siedzibie SPWSZ oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
4. Osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń, opieki wyjazdowej to pacjenci z obszaru dzielnic: Osów, Głębokie-Pilchowo, Arkońskie-Niemierzyn, Zawadzkiego-Klonowica, Krzekowo-Bezrzecze, Pogodno, Gumieńce w Gminie Miasto Szczecin, przy czym kwalifikacji do wizyty w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta dokonuje lekarz Podwykonawcy.
5. W przypadku, gdy lekarz Podwykonawcy w trakcie wizyty domowej stwierdzi, że pacjent wymaga hospitalizacji, zobowiązany jest do udzielenia pomocy i zabezpieczenia pacjenta do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.
6. Dokumentacja medyczna sporządzana przez Podwykonawcę przechowywana jest w siedzibie SPWSZ.
7. Podwykonawca korzystać będzie z linii telefonicznej oraz aparatów telefonicznych SPWSZ.
8. Niedopuszczalne jest obciążanie pacjenta lub bliskich pacjenta koniecznością uiszczenia jakichkolwiek opłat w związku z udzielaniem świadczeń.
9. W przypadku wizyty poza siedzibą SPWSZ lekarz zobowiązany jest do sprawdzenia tożsamości pacjenta i jej zgodności z danymi przekazanymi przy zgłoszeniu telefonicznym.
10. Świadczenia wykonywane będą w pomieszczeniach oraz z wykorzystaniem jednostek sprzętowych, w szczególności sprzętu, urządzeń, aparatury oraz wyposażenia stanowiących

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



własność lub będących w posiadaniu SPWSZ, spełniających wszelkie wymagania wyznaczone przepisami prawa wskazanymi w § 1 ust. 2.

OBOWIĄZKI STRON

§ 3.

1. Do obowiązków SPWSZ należy zawarcie umów z personelem pielęgniarskim, celem umożliwienia realizacji przez Podwykonawcę świadczeń będących przedmiotem umowy oraz zabezpieczenie dyżurów pielęgniarskich. Świadczenia wykonywane przez personel pielęgniarski będą realizowane na podstawie odrębnych umów zawartych z SPWSZ.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 1 ust. 1 niniejszej umowy będą wykonywane na podstawie harmonogramu pracy personelu ustalonego przez Podwykonawcę, który dostarczany jest SPWSZ najpóźniej 5 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca.
3. Zabrania się personelowi lekarskiemu Podwykonawcy w trakcie dyżuru lub wykonywania obowiązków na podstawie niniejszej umowy realizacji świadczeń zdrowotnych na zlecenie innego podmiotu niż SPWSZ.
4. Podwykonawca nadzoruje prawidłowe wykonywanie pracy personelu lekarskiego wg ustalonego harmonogramu pracy. W tym celu Podwykonawca prowadzić będzie listy obecności.
5. W celu realizacji świadczeń poza siedzibą SPWSZ Podwykonawca we własnym zakresie i na własny koszt zapewni torbę wyjazdowa lekarską oraz transport (w razie potrzeby również kierowcę) dla personelu lekarskiego lub pielęgniarskiego.
6. SPWSZ jest zobowiązany utrzymywać pomieszczenia i wyposażenie, o których mowa w §2 ust. 10 w stanie zdatnym do wykonywania przedmiotu umowy. Podwykonawca nie ponosi odpowiedzialności w razie braku możliwości wykonania przedmiotu umowy, związanego z brakiem wywiązania się z obowiązku o którym mowa powyżej.
7. Podwykonawca odpowiada za powierzone mienie w zakresie w jakim przyczynił się do powstałych zniszczeń.
8. SPWSZ ponosi odpowiedzialność za udostępnianie i przechowywanie dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z realizacją niniejszej umowy.
9. SPWSZ ponosi powstałe w wyniku realizacji przedmiotu umowy koszty eksploatacyjne pomieszczeń, urządzeń i wyposażenia oraz zaopatrzy Podwykonawcę w leki i środki dezynfekcyjne.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



10. W celu realizacji przedmiotu umowy SPWSZ zapewni lekarzom Podwykonawcy dostęp do systemu pozwalającego wystawiać zaświadczenia lekarskie w formie elektronicznej (e-ZLA) oraz recepty. W przypadku świadczeń udzielanych poza siedzibą SPWSZ Podwykonawca zobowiązuje się wygenerować i wydrukować z systemu druki recept.
11. SPWSZ zobowiązany jest do rejestrowania i archiwizowania rozmów telefonicznych prowadzonych przez personel Podwykonawcy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy. Nośniki zawierające zarejestrowane rozmowy archiwizowane są przez okres nie krótszy niż jeden rok.
12. Podwykonawca zobowiązuje się prowadzić dokumentację udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym dokumentację medyczną indywidualną dla każdego pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa dotyczącymi dokumentacji medycznej, która zawiera w szczególności:
 - a. dane osobowe świadczeniobiorcy, tj. imię, nazwisko, adres zamieszkania, oznaczenie płci, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku noworodka – numer PESEL matki, zaś w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - b. w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
 - c. przyczynę zgłoszenia;
 - d. informacje o odmowie realizacji zgłoszenia wraz z podaniem uzasadnienia dokonanej odmowy;
 - e. datę i godzinę wyjazdu oraz godzinę powrotu osoby udzielającej świadczenia;
 - f. informacje dotyczące udzielonego świadczenia zdrowotnego, w tym:
 - i. opis stanu zdrowia pacjenta, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu – ze wskazaniem symbolu zgodnie z klasyfikacją ICD-10,
 - ii. wydane pacjentowi zalecenia, skierowania, recepty na leki, zaświadczenie, inne dokumenty związane z udzielonym świadczeniem,
 - iii. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu);
 - g. datę sporządzenia.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94



UBEZPIECZENIE

§ 4.

Podwykonawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ STRONY I KONTROLA

§ 5.

1. Podwykonawca zobowiązany jest do przekazywania SPWSZ sprawozdania rozliczeniowego w za dany miesiąc podlegający rozliczeniu w ramach umowy, na podstawie prowadzonej dokumentacji w terminie do 5. dnia następnego miesiąca.
2. W przypadku błędnie wykazanych świadczeń, o których mowa w ust. 1 Podwykonawca zobowiązuje się do ich weryfikacji w terminie do 7. dni od dnia otrzymania powiadomienia.
3. Podwykonawca zobowiązuje się na bieżąco informować SPWSZ o okolicznościach uniemożliwiających prawidłową realizację niniejszej umowy.
4. Podwykonawca zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia zwany dalej „Funduszem” lub SPWSZ w zakresie realizacji przedmiotu niniejszej umowy.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 6.

1. Z tytułu wykonania umowy, SPWSZ zobowiązuje się zapłacić Podwykonawcy miesięczne wynagrodzenie w wysokości zł brutto (słowniebrutto).
2. Zapłata wynagrodzenia nastąpi z dołu nie później niż do 20 dnia kolejnego miesiąca za miesiąc poprzedni, na podstawie faktury wystawionej przez Podwykonawcę. Podwykonawca zobowiązuje się do doręczenia SPWSZ faktury do 5 dnia miesiąca w którym ma nastąpić płatność.
3. W razie wzrostu stawki bazowej lub ceny porady lekarskiej, o których mowa w § 12 ust. 8 Zarządzenia Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wynagrodzenie Podwykonawcy ulegnie zwiększeniu o kwotę odpowiadającą 50% wzrostu wartości stawki bazowej wskazanej w

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



ust. 1, począwszy od miesiąca następującego po wejściu w życie stawki bazowej lub ceny porady lekarskiej w nowej wysokości. Wyłączeniu ze wzrostu stawki bazowej określonej w zdaniu pierwszym podlegają środki celowe przekazywane przez Fundusz lub następcę na wynagrodzenia lub inne zadania zlecone.

- Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio w razie wydania przez Prezesa Funduszu zarządzenia zastępującego zarządzenie, o którym mowa w ust. 3.
- Zmiana wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 wymaga formy pisemnej w postaci aneksu do umowy.
- Faktury z tytułu realizacji umowy Podwykonawca dostarcza SPWSZ w formie papierowej.

PRZEDSTAWICIELE

§ 7.

- Przedstawicielem ze strony SPWSZ jest Koordynator Arleta Grysak tel.
- Przedstawicielem ze strony Podwykonawcy jest..... tel.

KARY UMOWNE

§ 8.

- W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, SPWSZ może nałożyć na Podwykonawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie do określenia przesłanek, zasad, trybu i wysokości kar umownych, stosuje się odpowiednio zapisy Ogólnych warunków umów.
- W przypadku nałożenia na SPWSZ kary w zakresie realizacji umowy zawartej pomiędzy SPWSZ a Funduszem Podwykonawca pokrywa wysokość kary w stopniu w jakim się przyczynił do jej nałożenia.
- W przypadku złamania przez personel Podwykonawcy zakazu określonego w § 3 ust. 3 SPWSZ nałoży na Podwykonawcę karę w wysokości 1000 zł netto za każdy stwierdzony przypadek.
- W przypadku opóźnienia się Podwykonawcy w realizacji obowiązków określonych w § 5 ust. 1 lub ust. 2 niniejszej umowy SPWSZ nałoży na Podwykonawcę karę w wysokości 100 zł netto za każdy dzień opóźnienia.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



6. W przypadku niewywiązania się z obowiązku wynikającego z § 2 ust. 3 niniejszej umowy SPWSZ nałoży na Podwykonawcę karę w wysokości 500 zł netto za każdy stwierdzony przypadek.
7. W przypadku rozwiązania umowy bez wypowiedzenia z przyczyn zależnych od Podwykonawcy SPWSZ uprawnione jest do żądania od Podwykonawcy zapłaty kary umownej w wysokości 100 % kwoty wskazanej w § 6 ust. 1.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 9.

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od dn. 01.02.2019 r. do dn. 30.06.2021 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Umowa rozwiązuje się również z dniem rozwiązania umowy zawartej pomiędzy SPWSZ a Funduszem.
4. W sprawach dotyczących przesłanek i trybu rozwiązania umowy bez wypowiedzenia przez SPWSZ, które nie zostały określone w niniejszej umowie oraz z w sprawach wygaśnięcia niniejszej umowy odpowiednie zastosowanie mają Ogólne warunki umów.

ZMIANY UMOWY

§ 9.

1. Strony mogą dokonać zmian za porozumieniem stron w przypadku zmian umowy zawartej pomiędzy Funduszem a SPWSZ wpływających na organizację świadczeń.
2. Strony mogą dokonać zmian za porozumieniem stron w przypadku zaistnienia innych okoliczności, o których wcześniej obie strony nie mogły mieć wiedzy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W SZCZECINIE



71 – 455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Strona internetowa: www.spwsz.szczecin.pl
NIP 851-25-37-954 REGON: 000290274
PKO BP S.A. 40 1020 4795 0000 9102 0302 3025



§ 10.

1. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla SPWSZ.
2. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy.
3. Zmiana umowy wymaga formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
4. Załącznik Nr 1 do umowy stanowi jej integralną część.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Podwykonawca

SPWSZ

Załącznik nr 1 do umowy nr/.....

Ip.	Imię i nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	PESEL

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94