

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**  
**na realizację zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie:**  
**udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych**  
**w zakresie usług pielęgniarskich na rzecz pacjentów,**  
**w oddziałach Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia**  
**im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie**  
*Nr postępowania: K/IB/2/2021*

**Udzielający Zamówienia:**

**Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie**  
**ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków**

**NIP: 5340012306, REGON: 000687617, KRS:0000006607**

*Procedura konkursowa prowadzona jest w oparciu o 26-27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2020.295) w związku z art. 140, 141, 146 ust. 1, 147, 148 ust. 1, 149, 150, 151 ust. 1-2 i 4-6, 152, 153, 154 ust. 1-2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2019.1373).*

**Załączniki do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (dalej: „SWKO”):**

- 1) Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy
- 2) Załącznik nr 2 - Informacja o kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym
- 3) Załącznik nr 3 - Projekt umowy



**I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:** Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków.

**II. PRZYJMĄCY ZAMÓWIENIE:** podmiot wykonujący działalność leczniczą i spełniający wymogi obowiązujących przepisów, tj. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2020.295).

**III. PRZEDMIOT KONKURSU, OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarских na rzecz pacjentów, w oddziałach Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie (dalej: „MSCZ”), w lokalizacji przy ul. Partyzantów 2/4 w Pruszkowie, w następujących zakresach świadczeń:
  - 1) Zakres I – Pielęgniarka/Pielęgniarski bez dodatkowych kwalifikacji;
  - 2) Zakres II – Pielęgniarka/Pielęgniarski ze stażem zawodowym powyżej 1 roku pracy w oddziałach psychiatrycznych, ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego/geriatrycznego (lub w trakcie specjalizacji) lub ukończonym kursem kwalifikacyjnym w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego/geriatrycznego;
  - 3) Zakres III – Pielęgniarka/Pielęgniarski ze stażem zawodowym powyżej 5 lat pracy w oddziałach psychiatrycznych, ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego/geriatrycznego (lub w trakcie specjalizacji) lub ukończonym kursem kwalifikacyjnym w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego/ geriatrycznego.
2. Czynności, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności świadczenia określone w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U.2020.562, Dz.U.2019.577, Dz.U.2019.1590).
3. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu obejmuje okres od dnia **01.01.2022 r. do dnia 31.12.2024 r.** Wykonywanie świadczeń zdrowotnych obejmuje pracę w oddziałach MSCZ w ramach dyżurów pielęgniarских trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Udzielający Zamówienia wymaga wykonywania przedmiotu zamówienia w ilości minimum 96 godzin miesięcznie (w każdym Zakresie), z możliwością zwiększenia liczby godzin, w zależności od potrzeb Udzielającego Zamówienia. W wyjątkowych sytuacjach Udzielający Zamówienia dopuszcza możliwość zmniejszenia liczby godzin świadczonych usług w danym miesiącu, po wcześniejszym uzgodnieniu.
5. Ewentualne wprowadzenie i odwołanie czasu letniego wynikającego z przepisów prawa, spowoduje zmianę długości pełnienia dyżuru odpowiednio do 25 godzin oraz 23 godzin i zapłatę zgodnie ze stawką godzinową.
6. Udzielający Zamówienia dysponuje do wypracowania przez pielęgniarki/pielęgniarskich następującą pulą godzin w oddziałach MSCZ, wynoszącą łącznie średniomiesięcznie 4.800 godzin, w tym:
  - 1) w Zakresie I: średniomiesięcznie 1.600 godzin;
  - 2) w Zakresie II: średniomiesięcznie 1.600 godzin;
  - 3) w Zakresie III: średniomiesięcznie 1.600 godzin.
7. Udzielający Zamówienia udzieli zamówienia na liczbę godzin stanowiącą sumę godzin podanych dla wszystkich zakresów, Przyjmującym Zamówienie, którzy złożyli najkorzystniejsze oferty, o wymaganej przez Udzielającego Zamówienie dyspozycyjności czasowej, do wyczerpania wymaganej do zakontraktowania puli godzin, o ile cena danej oferty będzie mieściła się w kwocie, którą Udzielający Zamówienia zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
8. Kwota jaką Udzielający Zamówienia przeznaczy na realizację zamówienia wynosi:
  - 1) w Zakresie I: maksymalnie 52,00 zł brutto/godz.;
  - 2) w Zakresie II: maksymalnie 55,00 zł brutto/godz.;

- 3) w Zakresie III: maksymalnie 58,00 zł brutto/godz.
9. Uzgodniona stawka uwzględnia wynagrodzenie przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2020.545).
10. Szczegółowy zakres obowiązków pielęgniarki wskazany jest w *Projekcie umowy – Załączniku nr 3 do SWKO*.
11. Przedmiot zamówienia wg Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):
- 85100000-0 – Usługi ochrony zdrowia
  - 85121200-5 – Specjalistyczne usługi medyczne
  - 85111000-0 – Usługi szpitalne
  - 85141200-1 – Usługi świadczone przez pielęgniarki

#### IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMĄCEMU ZAMÓWIENIE:

1. Oferty na wykonywanie świadczeń zdrowotnych mogą składać osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji pielęgniarki/pielęgniarsza, tj.:
- 1) są uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2020.295) i pozostałych przepisach, tj. wykonują działalność w formie praktyki zawodowej stosownie do art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2020.295);
  - 2) spełniają warunki wymagane art. 19 ust. 4, 5 lub 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295 t.j) oraz przedłożą kopie dokumentów, tj:
  - 3) dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe (dyplom);
  - 4) informacje o kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym – według wzoru, stanowiącego *Załącznik nr 2 do SWKO*;
  - 5) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza;
- oraz nie mogą:
- być zawieszony w prawie wykonywania zawodu albo ograniczony w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych;
  - być pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
  - mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wnioski o wpis;
- a) wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich (zaświadczenie o wpisie lub wydruk ze strony <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> nie starsze niż 1 miesiąc);
  - b) aktualny odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nie starsze niż 1 miesiąc);
  - c) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej;
  - d) aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki oraz orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych;
  - e) dokument potwierdzający ukończenie kursu BHP.

## V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY KONKURSOWEJ:

1. Przed przystąpieniem do przygotowania oferty Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zapoznania się z treścią SWKO wraz z załącznikami, stanowiącymi jej integralną część.
2. Treść złożonej oferty musi odpowiadać treści SWKO. Propozycje rozwiązań alternatywnych i wariantowych nie będą brane pod uwagę.
3. Oferta musi zawierać:
  - 1) wypełniony *Formularz ofertowy* – zgodnie z wzorem stanowiącym *Załącznik nr 1 do SWKO*;
  - 2) informacje o kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym – zgodnie z wzorem stanowiącym *Załącznik nr 2 do SWKO*;
  - 3) dokument potwierdzający wykształcenie (dyplom);
  - 4) dokument potwierdzający specjalizację (dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie) lub kurs kwalifikacyjny;
  - 5) prawo wykonywania zawodu;
  - 6) informację (np. świadectwo pracy, zaświadczenie) potwierdzającą doświadczenie zawodowe w szpitalu (minimum 1 rok) oraz/lub w dziedzinie psychiatrii (dotyczy Zakresu II i III);
  - 7) aktualny odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nie starsze niż 1 miesiąc);
  - 8) odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym rejestru praktyk pielęgniarskich lub innego właściwego rejestru, poświadczony za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną lub wydruk z systemu elektronicznego;
  - 9) ubezpieczenie OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia lub zobowiązanie Przyjmującego Zamówienie o zawarciu umowy ubezpieczenia OC w przypadku wyboru jego oferty;
  - 10) aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara oraz orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych lub zobowiązanie Przyjmującego Zamówienie do przedstawienia wskazanego dokumentu w dniu zawarcia umowy w przypadku wyboru jego oferty;
  - 11) dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP lub zobowiązanie Przyjmującego Zamówienie do przedstawienia wskazanego dokumentu w dniu zawarcia umowy w przypadku wyboru jego oferty.

### **UWAGA! W PRZYPADKU GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ DODATKOWO:**

- wydruk z systemu elektronicznego CEIDG każdego ze współników spółki;
  - oświadczenie Przyjmującego Zamówienie o wskazaniu osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w ramach zawartej umowy – poświadczone pisemnym podpisem pozostałych współników spółki.
4. Oferta powinna być sporządzona na komputerze lub w inny czytelny i trwały sposób, w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności. Udzielający Zamówienia dopuszcza ręczne, czytelne sporządzenie oferty.
  5. Do sporządzenia oferty należy wykorzystać formularze Udzielającego Zamówienia dołączone do SWKO. W przypadku formularzy własnych muszą one zawierać co najmniej informacje wskazane w załącznikach do SWKO.
  6. Kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem zgodnie z wymaganiami ustawowymi. Poprawki w treści oferty powinny być parafowane przez osobę/osoby podpisującą/podpisujące ofertę. Udzielający Zamówienia, w przypadku, gdy przedstawione kopie dokumentów będą nieczytelne lub będą budziły wątpliwości, zażąda przedstawienia oryginałów tych dokumentów do wglądu.

7. Zaleca się, aby każda zapisana strona oferty była ponumerowana kolejnymi numerami, a cała oferta wraz z załącznikami była w trwały sposób ze sobą połączona (np. zbindowana, zszyta), uniemożliwiając jej samoistną dekompletację.
8. W przypadku podpisania oferty oraz poświadczenia za zgodność z oryginałem kopii dokumentów przez osobę niewymienioną w dokumencie rejestrowym (ewidencyjnym), do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
9. Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz inne informacje dotyczące postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia oraz Przyjmujący Zamówienia przekazują wyłącznie w języku polskim, pisemnie, pod rygorem nieważności. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym muszą być przetłumaczone przez tłumacza.
10. Przyjmujący Zamówienie może wprowadzić zmiany, poprawki, modyfikacje i uzupełnienia do złożonej oferty pod warunkiem, że Udzielający Zamówienia otrzyma pisemne zawiadomienie o wprowadzeniu zmian przed terminem składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone wg takich samych zasad, jak składana oferta, tj. w kopercie odpowiednio oznakowanej napisem „ZMIANA”. Koperty oznaczone „ZMIANA” zostaną otwarte przy otwieraniu oferty Przyjmującego Zamówienie, który wprowadził zmiany i po stwierdzeniu poprawności procedury dokonywania zmian zostaną dołączone do oferty.
11. Przyjmujący Zamówienie ma prawo przed upływem terminu składania ofert wycofać się z postępowania poprzez złożenie pisemnego powiadomienia, według tych samych zasad, jak przy wprowadzaniu zmian i poprawek, z napisem na kopercie „WYCOFANIE”. Koperty oznakowane w ten sposób będą otwierane w pierwszej kolejności po potwierdzeniu poprawności postępowania Przyjmującego Zamówienie oraz zgodności ze złożonymi ofertami. Koperty ofert wycofywanych nie będą otwierane.
12. Przyjmujący Zamówienie może zwrócić się do Udzielającego Zamówienia o wyjaśnienie treści SWKO. Zamawiający jest zobowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści SWKO wpłynął do Udzielającego Zamówienia nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SWKO wpłynął po upływie terminu składania wniosku, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Udzielający Zamówienia może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku. Wniosek o wyjaśnienie treści SWKO należy przesłać do Udzielającego Zamówienia na adres e-mail: [zp@mscz.pl](mailto:zp@mscz.pl).
13. Przyjmujący Zamówienie ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
14. Oferta musi mieć jedną cenę końcową, nie dopuszcza się wyceny alternatywnej, ani wariantowej.
15. Cena oferty musi być wyrażona w złotych polskich (PLN).
16. Oferta powinna być trwale zabezpieczona, uniemożliwiając zmianę jej zawartości.
17. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, z oznaczeniem Przyjmującego Zamówienie (pieczętka firmowa, nazwa Przyjmującego Zamówienie), w siedzibie Udzielającego Zamówienia przy ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków, Kancelaria (parter, hol główny, budynek Dyrekcji) i oznakować w następujący sposób:

**„Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie:  
udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarskich  
na rzecz pacjentów, w oddziałach MSCZ”**

**Nr postępowania: K/IB/2/2021**

**nie otwierać przed upływem terminu składania ofert**

18. Informacji dotyczących postępowania konkursowego udziela:

- 1) Iwona Barańska – Specjalista ds. Zakupów i Zamówień Publicznych, tel. 22/ 739 13 84 – w sprawach formalnych;

2) Grażyna Kacprzak – Naczelną Pielęgniarką, tel. 22/ 739 12 54 – w sprawach merytorycznych.

#### **VI.MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT:**

1. **Termin składania ofert upływa w dniu 02.12.2021 r., o godz. 10:00.** Oferty należy dostarczyć do siedziby Udzielającego Zamówienia przy ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków, **Kancelaria (parter, hol główny, budynek Dyrekcji)** i zaadresować zgodnie z postanowieniami Rozdz. V ust. 17 SWKO.
2. Przed upływem terminu składania ofert Przyjmujący Zamówienie może ofertę zmodyfikować lub wycofać. Po upływie tego terminu niedopuszczalne jest modyfikowanie lub wycofanie oferty.
3. Oferty złożone po terminie składania ofert zostaną zwrócone bez otwierania. Decydujące znaczenie dla oceny zachowania terminu składania ofert ma data i godzina wpływu oferty do Udzielającego Zamówienia, a nie data wysłania przesyłką pocztową lub kurierską.
4. Oferta przesłana faksem lub w formie elektronicznej nie będzie rozpatrywana.
5. **Otwarcie ofert odbędzie się w dniu 02.12.2021 r., o godz. 10:30,** w siedzibie Udzielającego Zamówienia, **Zamówienia Publiczne (pok. nr 20, budynek Dyrekcji).**
6. Otwarcia ofert dokona komisja konkursowa.
7. Informacje ogłoszone w trakcie jawnego otwarcia ofert zostaną udostępnione nieobecnym oferentom na ich wniosek.

#### **VII.TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:**

1. Przyjmujący Zamówienie jest związany ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
2. Udzielający Zamówienia może zwrócić się do Przyjmujących Zamówienie o przedłużenie okresu związania ofertą o czas wskazany przez Udzielającego Zamówienia, jednak nie dłużej niż 60 dni.

#### **VIII.KRYTERIA OCENY OFERT:**

1. Przy wyborze oferty najkorzystniejszej komisja konkursowa będzie brała pod wagę cenę wykonania zamawianych świadczeń (waga kryterium – 100%).
2. Wartość punktowa ww. kryterium wyliczana jest według wzoru:  $C = 100 \times (C_{MIN} : C_B)$ , gdzie:  
C – wartość punktowa ceny  
 $C_{MIN}$  – cena najniższa spośród wszystkich ofert  
 $C_B$  – cena badanej oferty

#### **IX.WARUNKI KONKURSU:**

1. Konkurs ofert rozpoczyna się w miejscu i terminie wskazanym w Ogłoszeniu i trwa do czasu rozstrzygnięcia..
2. Postępowanie konkursowe przeprowadza komisja konkursowa powołana przez Udzielającego Zamówienia.
3. Komisja konkursowa dokonuje oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu, określone szczegółowo w niniejszej SWKO oraz wynikające z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2020.295) oraz stosowanych odpowiednio przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2019.1373). oraz oceny złożonych ofert.
4. Udzielający Zamówienia odrzuci ofertę:
  - 1) złożoną po terminie;
  - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie wskazał ceny świadczeń opieki zdrowotnej;

- 4) z rażąco niską ceną w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - 5) nieważną na podstawie odrębnych przepisów;
  - 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną lub wariantową;
  - 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych w niniejszym postępowaniu;
  - 8) złożoną przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie niniejszego postępowania została rozwiązana przez Udzielającego Zamówienia prowadzącego postępowanie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi postępowania, bez zachowania okresu wypowiedzenia, z przyczyn leżących po stronie oferenta.
5. W przypadku, gdy złożona oferta zawiera braki formalne, komisja wezwie Przyjmującego Zamówienie do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.
6. W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od Przyjmującego Zamówienie ubiegającego się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących złożonej oferty i załączonych dokumentów.

#### **X.ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU:**

1. Udzielający Zamówienia unieważnia postępowanie o udzielenie świadczeń zdrowotnych, gdy:
  - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
  - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
  - 3) odrzucono wszystkie oferty;
  - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w niniejszym postępowaniu, chyba że Udzielający Zamówienia może zwiększyć tę kwotę do ceny najkorzystniejszej oferty;
  - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów Udzielającego Zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, pod warunkiem, że spełnia ona wymagania określone w SWKO.
3. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie możliwość wybrania kilku ofert, o ile cena ofert nie przekracza kwoty, którą Udzielający Zamówienia przeznaczył na realizację zamówienia, celem zakontraktowania całkowitej puli godzin w danym zakresie.
4. Rozstrzygnięcie konkursu Udzielający Zamówienia zamieści na stronie internetowej [www.tworki.eu](http://www.tworki.eu).
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podawania przyczyn oraz do przedłużenia terminu składania ofert.
6. Udzielający Zamówienia zawrze umowę z Przyjmującym Zamówienie, którego oferta odpowiada wszystkim warunkom określonym w SWKO oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą w oparciu o ustalone kryteria oceny ofert.

#### **XI.UMOWA I WARUNKI PŁATNOŚCI:**

1. Zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nastąpi na podstawie wyniku konkursu ofert.
2. Podpisanie umowy nastąpi w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego Zamówienia, w jego siedzibie.
3. W dniu zawarcia umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest okazać wynik testu w kierunku COVID-19 (nie starszy niż 7 dni), wypełnić ankietę epidemiologiczną oraz dostarczyć dokumenty wymienione w Rozdz. V ust. 3 pkt 9-11 (w przypadku ich nie złożenia wraz z ofertą).
4. Szczegółowe warunki umowy określone zostały w *Załączniku nr 3 do SWKO*.



5. Wynagrodzenie będzie płatne w terminie 21 dni od dnia zaakceptowania przez Udzielającego Zamówienia prawidłowo wystawionej faktury VAT, na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie wskazany w fakturze VAT.
6. Za dzień zapłaty wynagrodzenia uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.

## **XII.ZASADY WNOSZENIA ŚRODKÓW ODWOŁAWCZYCH:**

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest. W takim wypadku:
  - 1) do czasu rozstrzygnięcia protestu postępowanie konkursowe zostaje zawieszane;
  - 2) w ciągu 7 dni od dnia otrzymania protestu komisja konkursowa rozpatruje protest i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia;
  - 3) w przypadku uwzględnienia protestu Udzielający Zamówienia powtarza zaskarżoną czynność.
2. Na rozstrzygnięcie konkursu oferent może wnieść odwołanie do Udzielającego Zamówienia, według obowiązujących zasad:
  - 1) oferent może wnieść odwołanie w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu;
  - 2) Udzielający Zamówienia rozpatruje odwołanie w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania;
  - 3) wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia;
  - 4) w przypadku uwzględnienia odwołania Udzielający Zamówienia może unieważnić postępowanie konkursowe lub unieważnić czynność rozstrzygnięcia postępowania i zarządzić powtórzenie czynności oceny ofert.

DYREKTOR

.....  
*Wojciech Jagawiec*  
(Dyrektor Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia  
im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie)



## FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarskich na rzecz pacjentów, w oddziałach Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

## NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

Imię i Nazwisko: .....

Firma: .....

Adres prowadzenia działalności gospodarczej: .....

.....

telefon: ..... e-mail: .....

NIP: ..... REGON: .....

Nr prawa wykonywania zawodu: .....

Nr indywidualnej praktyki pielęgniarskiej: .....

OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PIEŁĘGNIARSKICH  
W LOKALIZACJI PRZY UL. PARTYZANTÓW 2/4, 05-802 PRUSZKÓW

## W ZAKRESIE:

Zakres	Wymagania	Oferowana liczba godzin miesięcznie (minimalnie 96 godz.)	Wynagrodzenie za godzinę
Zakres I	Kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi przepisami		
Zakres II	Kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi przepisami		
	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego/geriatrycznego lub ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego/geriatrycznego		
	Staż pracy powyżej 1 roku w dziedzinie psychiatrii		
Zakres III	Kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi przepisami		
	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego/geriatrycznego lub ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego/geriatrycznego		
	Staż pracy powyżej 5 lat w dziedzinie psychiatrii		

**Uwaga:**

1. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo. Ceną oferty jest stawka za 1 godzinę świadczenia usługi brutto.
2. Stawka uwzględnia wynagrodzenie przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2020.545).

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - jeśli dotyczy.
3. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
6. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego Zamówienia.
7. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
8. Zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
9. Posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej/ zawierę umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy\*.
10. Posiadam aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarskiego oraz orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych; zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii stosownych zaświadczeń lekarskich w dniu zawarcia umowy\*.
11. Posiadam dokument potwierdzający ukończenie kursu BHP/zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP w dniu zawarcia umowy\*.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Oświadczam, że w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie świadczę pracę/nie świadczę pracy\* na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis Przyjmującego Zamówienie lub  
upoważnionego przedstawiciela)

\*) niepotrzebne skreślić

**INFORMACJA O KWALIFIKACJACH  
I DOŚWIADCZENIU ZAWODOWYM:**

**I. Kwalifikacje zawodowe:**

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

**II. Doświadczenie zawodowe:**

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





**UMOWA NR [...] /ŚZ/[...]  
NA WYKONYWANIE CZYNNOŚCI PIELĘGNIARSKICH**

zawarta w dniu [...] r. w Pruszkowie pomiędzy:

**Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza z siedzibą w Pruszkowie przy ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000006607, posiadającym NIP 5340012306 oraz REGON 000687617, zwanym dalej „Udzielającym Zamówienia”, „Szpitalem” lub „MSCZ”, reprezentowanym przez: Wojciecha Legawca – Dyrektora,**

**a: [...],** legitymującym się:

– tytułem licencjata pielęgniarstwa/magistra pielęgniarstwa, potwierdzonym dyplomem nr [...], wydanym dnia [...] przez [...];

– prawem wykonywania zawodu nr [...], wydanym dnia [...] przez [...];

prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą [...], pod adresem [...] posiadającym NIP [...] oraz REGON [...],

**zwanym dalej „Przyjmującym Zamówienie”.**

**zwanymi dalej łącznie „Stronami”, lub każdy z osobna „Stroną”.**

*Na podstawie art. 26 i art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295 t.j.) Strony zawierają Umowę następującej treści:*

**§ 1. – Przedmiot Umowy**

1. Udzielający Zamówienia zleca Przyjmującemu Zamówienie wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarских na rzecz pacjentów, w oddziałach MSCZ, w ramach Zakresu nr [...], o którym mowa w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (dalej: „SWKO”), a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zamówienia na rzecz Udzielającego Zamówienia na warunkach określonych w Umowie.
2. Przyjmujący Zamówienie będzie świadczył usługi w oddziale/oddziałach MSCZ, każdorazowo wskazanych przez Udzielającego Zamówienia, na podstawie harmonogramu ustalonego na dany miesiąc wspólnie przez Przyjmującego Zamówienie i Pielęgniarkę Oddziałową MSCZ, w uzgodnieniu z Naczelną Pielęgniarką MSCZ, w wymiarze minimum 96 godzin miesięcznie.
3. W uzasadnionych przypadkach w danym miesiącu wymiar godzin, o którym mowa w ust. 2 może być zmniejszony lub zwiększony. Zmiana wymiaru godzin nie wymaga podpisania aneksu do Umowy.
4. Przedmiot Umowy realizowany jest przez całą dobę, w formie maksymalnie 24-godzinnych dyżurów, przypadających na jedną osobę.

**§ 2. – Oświadczenie Przyjmującego Zamówienie**

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada kwalifikacje wymagane do wykonywania zawodu pielęgniarki, co potwierdza przedłożonym prawem wykonywania zawodu, a także spełnia wymogi zdrowotne do udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, co potwierdza aktualnym zaświadczeniem lekarskim.

**§ 3. – Obowiązki Przyjmującego Zamówienie**

1. Udzielający Zamówienia powierza, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
  - 1) udzielania świadczeń pielęgniarских w zakresie opieki pielęgniarской nad pacjentami w oddziale MSCZ;
  - 2) zapewnienia kompleksowej opieki pielęgniarской nad pacjentami;
  - 3) planowania opieki pielęgnacyjnej stosownie do stanu zdrowia pacjenta, diagnozy pielęgniarской i lekarskiej oraz działań diagnostycznych i leczniczo-rehabilitacyjnych;
  - 4) realizowania opieki i działań pielęgniarских wg ustalonego planu;
  - 5) prawidłowej realizacji zleceń lekarskich:

- a) podawania chorym leków zleconych przez lekarza i dopilnowanie, aby leki były przyjęte przez chorego w jego obecności, ilości i czasie zleconym przez lekarza;
  - b) dopilnowania, aby pacjent nie przyjmował leków niezleconych przez lekarza;
  - c) nie podawania leków na własną odpowiedzialność, ani na ustne zlecenie lekarza;
  - d) wykonywania wszelkich czynności pielęgnacyjnych zależnie od stanu i potrzeb chorego;
- 6) nadzorowania podziału i wydawania pacjentom posiłków we właściwy sposób, karmienia chorych leżących oraz kontrolowania żywności dostarczonej spoza Szpitala i właściwego jej przechowywania;
  - 7) uczestnictwa w obchodzie chorych, składania w tym czasie sprawozdań o aktualnym stanie pacjentów, pomocy przy badaniach oraz potwierdzania otrzymanych zleceń w obowiązującej dokumentacji medycznej/pielęgniarskiej;
  - 8) stałej obserwacji pacjentów i natychmiastowego zawiadomiania lekarza dyżurnego o wszystkich zmianach w stanie zdrowia chorego;
  - 9) dokonywania wpisów w obowiązującej dokumentacji pielęgniarstwa o poczynionych obserwacjach o stanie zdrowia i zachowaniu pacjentów;
  - 10) natychmiastowego powiadomienia Pielęgniarki Oddziałowej o wszystkich uchybieniach i pomyłkach w swoich czynnościach pielęgniarstwa;
  - 11) przekazywania do realizacji zleceń, które powinny być wykonane przez pielęgniarki przejmujące opiekę nad chorymi;
  - 12) przygotowywania chorych do badań diagnostycznych, zabiegów, opatrunków itp., zgodnie z otrzymanymi zleceniami;
  - 13) udziału w transporcie pacjentów na badania i konsultacje;
  - 14) pobierania na zlecenie lekarza materiałów do badań analitycznych;
  - 15) przygotowania pacjentów do samoopieki, prowadzenia edukacji oraz promocji zdrowia;
  - 16) współpracy z zespołem terapeutycznym;
  - 17) przygotowania i pozostawiania stanowiska pracy w należyłym stanie w gotowości do pracy;
  - 18) sprawdzanie sprawności sprzętu i aparatury medycznej oraz zgłaszanie Pielęgniarsce Oddziałowej uwag w tym zakresie;
  - 19) kierowania pracą personelu pomocniczego po godz. 14:35 i w nocy oraz w dni świąteczne;
  - 20) po zgonie chorego właściwego oznakowania zwłok, komisijnego spisania rzeczy zmarłego i zabezpieczenia ich we właściwy sposób, zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą;
  - 21) przestrzegania praw pacjenta;
  - 22) znajomości i przestrzegania procedury dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi – udziału w szkoleniach z tego zakresu;
  - 23) nadzoru nad działaniami tzw. Grupy Interwencyjnej w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami (w razie potrzeby udział w tych działaniach);
  - 24) przestrzegania obowiązujących w MSCZ przepisów wewnętrznych: procedur akredytacyjnych, instrukcji oraz zarządzeń i wytycznych związanych z wykonywaniem powierzonych zadań.
2. Ponadto Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się:
- 1) używać odzieży ochronnej w czasie wykonywania czynności przy pacjencie;
  - 2) dbać o sprzęt szpitalny i bieliznę, a o każdym zaginięciu lub uszkodzeniu niezwłocznie powiadamiać Pielęgniarkę Oddziałową;
  - 3) nie opuszczać miejsca wykonywania czynności bez przekazania pacjentów i oddziału osobie przejmującej opiekę nad chorymi.
3. Przyjmujący Zamówienie w czasie realizacji Przedmiotu Umowy podlega bezpośrednio Pielęgniarsce Oddziałowej Udzielającego Zamówienia.

#### **§ 4. – Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie**



1. Realizując Przedmiot Umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
  - 1) udzielania świadczeń zgodnie z zasadami wiedzy medycznej oraz obowiązującymi standardami, zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
  - 2) przestrzegania praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2020.849);
  - 3) przestrzegania postanowień ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U.2020.685) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2018 r., poz. 2459);
  - 4) podejmowania działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
  - 5) udzielania świadczeń udostępnionymi przez Udzielającego Zamówienia środkami;
  - 6) prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa dotyczącymi podmiotów leczniczych;
  - 7) przestrzegania obowiązującego w MSCZ porządku w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych i współpracy między jego komórkami organizacyjnymi;
  - 8) zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z realizacją Umowy oraz przestrzegania przepisów dotyczących ochrony informacji niejawnych i ochrony danych osobowych;
  - 9) poddania się kontroli prowadzonej w zakresie realizacji Przedmiotu Umowy przez Udzielającego Zamówienia lub Narodowy Fundusz Zdrowia, a także stosowania się do ich zaleceń i wskazań wydanych w wyniku przeprowadzonej kontroli;
  - 10) przestrzegania przepisów BHP i ppoż.
2. Strony zastrzegają sobie prawo dokonywania zmian w harmonogramie wykonywania czynności w danym miesiącu w przypadku wystąpienia okoliczności, których wcześniej nie można było przewidzieć w dniu jego uzgadniania.
3. Udzielający Zamówienia może zlecić Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w zakresie objętym Przedmiotem Umowy także na rzecz innych komórek organizacyjnych, jeżeli potrzeba taka wynikać będzie z przyczyn dotyczących zmian organizacyjnych Udzielającego Zamówienia, zmian w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych lub w sytuacjach nadzwyczajnych.
4. Dokumentacja medyczna, o której mowa w ust. 1 pkt 6 jest własnością Udzielającego Zamówienia i jest przechowywana w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
5. Przyjmujący Zamówienie zostanie upoważniony do przetwarzania danych osobowych w osobnym dokumencie.

#### **§ 5. – Zasady korzystania z aparatury**

1. Przyjmujący Zamówienie w czasie realizacji Przedmiotu Umowy korzysta z aparatury i sprzętu medycznego oraz materiałów medycznych i farmakologicznych znajdujących się na wyposażeniu i w dyspozycji oddziału MSCZ, w którym Przyjmujący Zamówienie świadczy usługi, nieodpłatnie.
2. Udzielający Zamówienia zapewnia:
  - 1) pokrycie kosztów napraw i konserwacji aparatury i sprzętu wchodzącego w skład wyposażenia oddziału, wynikających z eksploatacji dla realizacji Przedmiotu Umowy;
  - 2) bieżące zaopatrzenie w leki, materiały medyczne, preparaty diagnostyczne i inne materiały niezbędne do bieżącej realizacji Przedmiotu Umowy;
  - 3) bieżące dostawy energii elektrycznej i ciepłej, ciepłej i zimnej wody, środki czystości, zewnętrzną linię telefoniczną dla celów realizacji Umowy oraz bieżące sprzątnięcie pomieszczeń, w których realizowany jest Przedmiot Umowy.
3. Przyjmującemu Zamówienie nie wolno używać sprzętu i innych rzeczy Udzielającego Zamówienia we własnym interesie, w tym do świadczenia usług nie objętej Przedmiotem Umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek natychmiastowego powiadomienia Udzielającego Zamówienia o awariach sprzętu, który zagraża życiu pacjentów i dołożenia wszelkich starań w celu ograniczenia skutków awarii i innych zdarzeń niepożądanych.

#### **§ 6. – Ochrona danych osobowych**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania poufności i nie ujawniania osobom trzecim żadnych informacji, dokumentów i materiałów, uzyskanych w związku z wykonywaniem Umowy, w szczególności:

- 1) nie posługiwania się informacjami w pracy zawodowej i działalności prowadzonej poza MSCZ;
  - 2) zachowania poufności danych osobowych i medycznych osób zgłaszanych przez MSCZ do objęcia opieką medyczną;
  - 3) zachowania poufności danych i informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia.
2. Udzielający Zamówienia ma prawo dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych w przypadku stwierdzenia naruszenia zakazu, o którym mowa w ust. 1 powyżej.
  3. Udzielający Zamówienia oświadcza, że przetwarza dane osobowe osób fizycznych – pacjentów, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz tych osób.
  4. Strony oświadczają, iż *Umowa o powierzeniu przetwarzania danych osobowych* stanowi Załącznik nr 3 do Umowy.
  5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przetwarzać powierzone dane osobowe zgodnie z przepisami regulującymi kwestie danych osobowych w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 65/46 WE.
  6. Naruszenie zasad przetwarzania danych osobowych stanowi podstawę do wypowiedzenia przez Udzielającego Zamówienia Umowy, ze skutkiem natychmiastowym.

#### **§ 7. – Odzież i obuwie robocze Przyjmującego Zamówienie**

W trakcie trwania Umowy Przyjmujący Zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zaopatruje się w odzież i obuwie robocze, wykonuje usługę prania odzieży roboczej zgodnie z wymogami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zobowiązuje się do noszenia identyfikatora dostarczonego przez Udzielającego Zamówienia.

#### **§ 8. – Kary umowne**

1. Udzielający Zamówienia ma prawo obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną w wysokości stanowiącej równowartość 5% wynagrodzenia należnego Przyjmującemu Zamówienie za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym miało miejsce uchybienie, na podstawie wyników kontroli dokonanej przez Pielęgniarkę Oddziałową lub Udzielającego Zamówienia, nie później niż 3 miesiące od wystąpienia zdarzenia, za każde naruszenie o następującym charakterze:
  - 1) braku lub niedbałego i niezgodnego z przyjętymi standardami prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta;
  - 2) udzielania świadczeń niezgodnych z posiadanymi uprawnieniami, z zastrzeżeniem przypadków dopuszczonych w przepisach prawa;
  - 3) nieprzestrzegania praw pacjenta;
  - 4) naruszenia postanowień § 5 ust. 3 umowy.
2. Przed nałożeniem kary, o której mowa w ust. 1 powyżej Udzielający Zamówienia wysłucha Przyjmującego Zamówienie lub zobowiąże go do złożenia pisemnych wyjaśnień w określonym terminie, na okoliczność stwierdzonych naruszeń i nieprawidłowości.
3. Jeżeli w wyniku naruszeń, o których mowa w ust. 1 powyżej dojdzie do powstania szkody, Udzielający Zamówienia ma prawo, niezależnie od uprawnień określonych Umową, dochodzić od Przyjmującego Zamówienie odszkodowania na zasadach ogólnych.

#### **§ 9. – Ubezpieczenie**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się stosować w zakresie realizacji Przedmiotu Umowy przepisy obowiązujące w podmiotach leczniczych.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866) i zobowiązuje się do jej utrzymywania oraz terminowego opłacania składek polisy przez cały okres obowiązywania Umowy.
3. Strony deklarują na zasadzie wzajemności, że w razie wystąpienia osoby trzeciej w stosunku do jednej ze Stron lub obu jednocześnie z roszczeniem z tytułu szkód i zdarzeń będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania ich udzielania w MSCZ, zarówno w trakcie obowiązywania Umowy, jak i po jej rozwiązaniu, będą się wzajemnie wspierać i udzielać pomocy w wyjaśnieniu przyczyn i zasadności zgłoszonych roszczeń.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania Przedmiotu Umowy zgodnie z zasadami wiedzy fachowej, przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy informacji związanych z ich stanem zdrowia oraz udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi.
5. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w Umowie, o ile powstała z jego winy, a w szczególności za zaniedbania lub błąd w sztuce pielęgniarstwa.

#### § 10. – Zastępstwo Przyjmującego Zamówienie

1. Przyjmujący Zamówienie nie może bez uprzedniej pisemnej zgody Pielęgniarki Oddziałowej powierzyć realizacji świadczeń objętych Przedmiotem Umowy osobie trzeciej.
2. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizowanie Umowy, wywołanych stanem zdrowia lub innymi przyczynami uniemożliwiającymi realizowanie Przedmiotu Umowy potwierdzonymi niezwłocznie odpowiednim do rodzaju okoliczności dokumentem, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest zawiadomić niezwłocznie Pielęgniarkę Oddziałową.

#### § 11. – Wynagrodzenie

1. Za wykonanie czynności objętych Umową Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie, stanowiące sumę iloczynu ilości godzin wykonywania czynności pielęgniarstwa i stawki, w wysokości [...] zł (słownie: [...]) brutto za 1 (słownie: jedną) godzinę wykonywania Przedmiotu Umowy we wszystkie dni tygodnia. Zaoferowana stawka uwzględnia wynagrodzenie przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2020.545).
2. Rozliczenie finansowe realizacji Przedmiotu Umowy dokonywane będzie w okresach miesięcznych, na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie, potwierdzonej pod względem merytorycznym przez Pielęgniarkę Oddziałową, a pod względem formalnym przez Pielęgniarkę Naczelną.
3. Faktura za usługi winna być przekazywana przez Przyjmującego Zamówienie nie później niż do 7. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni. Do faktury należy dołączyć *Miesięczną ewidencję godzin wykonywania usług – Załącznik nr 2 do Umowy*, potwierdzoną przez Pielęgniarkę Oddziałową.
4. Płatność należności będzie dokonywana przelewem w terminie 21 dni od dnia otrzymania poprawnie wystawionej faktury, na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
5. Za datę zapłaty za usługi uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej sam reguluje należności podatkowe i zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

#### § 12. – Klauzula informacyjna RODO

1. Administratorem danych osobowych Przyjmującego Zamówienie jest Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, adres: ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków.
2. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w trybie art. 6 ust. 1 lit. b (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy) 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. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r.
3. Z pełną Informacją Administratora dotyczącą przetwarzania danych osobowych w celu realizacji Umowy, można zapoznać się w siedzibie administratora.

#### § 13. – Okres obowiązywania Umowy

1. **Umowa zostaje zawarta na okres 36 miesięcy, tj. od dnia 01.01.2022 r. do dnia 31.12.2024 r.**
2. Umowa może być rozwiązana:
  - 1) przez każdą ze Stron w drodze pisemnego oświadczenia złożonego drugiej Stronie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego;
  - 2) w każdym czasie za porozumieniem stron;
  - 3) przez Udzielającego Zamówienia bez wypowiedzenia w przypadku niewykonania, zaniechania lub nienależytego wykonania Przedmiotu Umowy lub jego części, nie udokumentowania przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, utraty uprawnień do wykonywania zawodu, popełnienia przestępstwa, które

uniemożliwia dalsze udzielanie czynności objętych Umową, jeżeli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym, udzielania świadczeń po spożyciu alkoholu lub środków odurzających.

3. W przypadku rozwiązania Umowy Udzielający Zamówienia ma obowiązek wypłacić Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie z tytułu czynności wykonywanych do dnia rozwiązania Umowy.
4. Strony dopuszczają możliwość czasowego zawieszenia realizacji Przedmiotu Umowy (przerwa) na okres nie dłuższy niż 30 dni w każdym roku kalendarzowym z tym zastrzeżeniem, że uzgodnienie tego faktu między Stronami powinno nastąpić z wyprzedzeniem co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą i być potwierdzone w formie pisemnej przed zawieszeniem realizacji Przedmiotu Umowy, chyba, że zawieszenie realizacji Umowy jest spowodowane przypadkiem losowym, którego rodzaj i charakter uniemożliwił Przyjmującemu Zamówienie bezzwłoczne zawiadomienie Naczelnej Pielęgniarki i niemożliwość realizowania Przedmiotu Umowy.

#### **§ 14. – Postanowienia końcowe**

1. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych Umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz Kodeksu cywilnego.
3. Prawa i obowiązki Stron określone Umową nie mogą być przenoszone na osoby trzecie.
4. Wszelkie spory wynikające z Umowy, których Strony nie rozstrzygną polubownie, zostaną poddane sądowi powszechnemu właściwemu rzeczowo i miejscowo dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
5. Umową sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

#### Załączniki do Umowy:

Załącznik nr 1 – Formularz oferty

Załącznik nr 2 – Miesięczna ewidencja godzin wykonywania usług

Załącznik nr 3 – Umowa o powierzeniu przetwarzania danych osobowych

Załącznik nr 4 – Ankieta epidemiologiczna pracownika

Załącznik nr 5 – Oświadczenie-zobowiązanie

**EWIDENCJA GODZIN WYKONYWANIA USŁUG**

Nazwisko imię ..... oddział .....miesiąc.....rok .....

Dzień miesiąca	Liczba godzin	Podpis Udzielającego Zamówienia	UWAGI
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
<b>Ogółem liczba godzin</b>			

.....  
(podpis Pielęgniarki Oddziałowej)

.....  
(podpis Pielęgniarki Naczelnej)





**OŚWIADCZENIE**  
**o zachowaniu danych osobowych w poufności**  
**w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie**  
**(dalej: „Administrator”)**

**TREŚĆ OŚWIADCZENIA**

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania danych osobowych oświadczam, że:

- Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z:
  - przepisów 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;
  - regulacji wewnętrznych administratora danych obowiązujących w obszarze przetwarzania danych osobowych, w tym w szczególności Polityki ochrony danych osobowych.
- Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych poprzez ich ochronę przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.
- Zachowam w tajemnicy dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy z Administratorem, jak i po jej zakończeniu.
- Będę wykonywać polecenia Inspektora Ochrony Danych oraz innych przedstawicieli Administratora, odpowiedzialnych za bezpieczeństwo danych osobowych, które będą związane z zachowaniem bezpieczeństwa danych osobowych i sposobów ich zabezpieczenia w poufności.
- W razie uzyskania nieuprawnionego dostępu do danych osobowych lub wykrycia incydentu godzącego w bezpieczeństwo danych osobowych, zobowiązuję się powiadomić o tym bezpośredniego przełożonego lub komórkę właściwą ds. IT.
- Znane są mi zasady monitorowania sposobu używania sprzętu służbowego, w tym m.in. telefonu komórkowego, komputerów, poczty elektronicznej, obowiązujące u Administratora. Zostałem poinformowany o zakresie i sposobach prowadzenia ww. monitoringu.
- Znane są mi zasady odpowiedzialności prawnej za niezgodne z przepisami o ochronie danych osobowych przetwarzanie danych osobowych oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących u Administratora danych, Kodeksu pracy, Kodeksu karnego lub Kodeksu cywilnego.

Oświadczam, że zobowiązuję się do przestrzegania niniejszego oświadczenia.

Potwierdzam odbiór 1 egz. oświadczenia.

.....  
(data i podpis składającego oświadczenie)





## OŚWIADCZENIE

W przypadku upływu ważności dotychczasowych dokumentów lub zmiany okoliczności, które te dokumenty potwierdzały, **zobowiązuję się do przedstawiania Udzielającemu Zamówienia – Mazowieckiemu Specjalistycznemu Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie, aktualnych dokumentów**, niezbędnych do prawidłowego wykonywania umowy na realizację zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie świadczenia usług pielęgniarских w oddziałach MSCZ, tj.:

- 1) ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, tj. obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 2) aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy (zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku pielęgniara/pielęgniarki) oraz orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych;
- 3) dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP.

W przypadku obciążenia Udzielającego Zamówienia karą finansową w związku z nieprzedłożeniem przeze mnie ww. dokumentów, zobowiązuję się zapłacić Udzielającemu Zamówienia, na pierwsze jego wezwanie, równowartość tej kary.

.....  
(data i podpis składającego oświadczenie)



## Ankieta epidemiologiczna z uwagi na COVID-19 dla pracownika MSCZ

dotyczy: osób zatrudnianych w MSCZ

Imię i nazwisko pracownika:

.....

### OŚWIADCZENIE

Szczepienie p/covid*	TAK	NIE
lub		
Pobrane wymazy PCR w kierunku COVID-19*	TAK	NIE
Data wyniku (nie starszy niż 5 dni)		

Inne informacje :

	TAK	NIE
Czy Pani/Pan pracuje również w: innym podmiocie leczniczym* (podać zajmowane stanowisko oraz nazwę podmiotu leczniczego)		
domu pomocy społecznej*	TAK	NIE

\* zaznaczyć właściwą odpowiedź w kółeczko

**potwierdzam prawdziwość danych**

.....  
(data i czytelny podpis pracownika)

