



SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

na realizację zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie:

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Izbie Przyjęć i oddziałach psychiatrii sądowej na rzecz pacjentów MSCZ, czynny udział w pracy Grupy Interwencyjnej

Nr postępowania: K/IB/3/2024

Udzielający Zamówienia:

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

NIP: 534-001-23-06 REGON: 000687617 KRS:000006607

Procedura konkursowa prowadzona jest w oparciu o 26-27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023r. poz. 991 ze zm.) 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 (Dz.U. z 2022r. poz. 2561 ze zm.).

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

- 1) Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy
- 2) Załącznik nr 2 - 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 lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, spełniający wymogi obowiązujących przepisów, tj. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

III. PRZEDMIOT KONKURSU, OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych na rzecz pacjentów, w Izbie Przyjęć i na oddziałach psychiatrii sądowej Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie (dalej: „MSCZ”), w lokalizacji przy ul. Partyzantów 2/4 w Pruszkowie
2. **Wykonywanie świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu obejmuje okres od dnia 01.03.2024 r. do dnia 28.02.2026 r.** Wykonywanie świadczeń zdrowotnych obejmuje pracę w Izbie Przyjęć i na oddziałach psychiatrii sądowej MSCZ w ramach dyżurów ratownika medycznego trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienia oraz czynny udział w pracy Grupy Interwencyjnej
4. Udzielający Zamówienia wymaga wykonywania przedmiotu zamówienia w wymiarze wskazanym w formularzu ofertowym, ale nie mniejszym niż 96 godzin, (+)/(-) 24 godz., 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 ratowników medycznych następującą pulą godzin wynoszącą łącznie średniomiesięcznie 1120 godzin

7. Udzielający Zamówienia udzieli zamówienia na wskazaną liczbę godzin Przyjmującym Zmówienie, 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 65 zł brutto /godz.
Przyjmującemu zamówienie, którego nie łączył z MSCZ stosunek pracy albo który po raz pierwszy zawiera z Udzielającym zamówienie umowę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług ratownika medycznego na rzecz pacjentów MSCZ, zostanie pomniejszone wynagrodzenie za pierwsze **3 miesiące (okres adaptacyjny)** trwania umowy o **5,00 zł za każdą godzinę. Okres adaptacyjny** może ulec skróceniu w każdym czasie na wniosek Pielęgniarki Koordynującej/ Oddziałowej .
10. Szczegółowy zakres obowiązków ratownika medycznego 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
 - 85141000-9 – Usługi świadczone przez personel medyczny

IV. WYMAGANIA STAWIANE PRZYJMĄCEMU ZAMÓWIENIE:

W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:

1. Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia.
2. Jest podmiotem wymienionym w art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz.U.z 2023 r.poz.2187) i spełnia wymagania właściwe dla wykonywania zawodu ratownika medycznego.
3. Posiada minimum 1 rok doświadczenia zawodowego.
4. Posiada :
 - a) aktualny odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nie starsze niż 1 miesiąc)
 - b) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych, zawierające numer księgi rejestrowej (jeżeli Oferent zarejestrowany jest jako podmiot wykonujący działalność leczniczą);
 - 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 ratownika medycznego
 - e) aktualne orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych;
 - f) 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) dokument potwierdzający wykształcenie (dyplom);
 - 3) prawo wykonywania zawodu (*jeśli dotyczy*)
 - 4) informację (np. świadectwo pracy, zaświadczenie) potwierdzającą doświadczenie zawodowe (minimum 1 rok)
 - 5) aktualny odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nie starsze niż 1 miesiąc) – dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - 6) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych, zawierające numer księgi rejestrowej – dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - 7) odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub innego właściwego rejestru, poświadczony za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną lub wydruk z systemu elektronicznego- dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - 8) 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;

- 9) aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego lub zobowiązanie Przyjmującego Zamówienie do przedstawienia wskazanego dokumentu w dniu zawarcia umowy w przypadku wyboru jego oferty;
 - 10) 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) dokument potwierdzający ukończenie kursu BHP lub zobowiązanie Przyjmującego Zamówienie do przedstawienia wskazanego dokumentu w dniu zawarcia umowy w przypadku wyboru jego oferty.
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.
 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.
 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:
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych
w Izbie Przyjęć i oddziałach psychiatrii sądowej na rzecz pacjentów MSCZ
Nr postępowania: K/IB/3/2024
nie otwierać przed upływem terminu składania ofert**

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 07.02.2024 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 07.02.2024 r, o godz. 10:30, w siedzibie Udzielającego Zamówienia, Zamówienia Publiczne (pok. nr 15, budynek Dyrekcji).**
6. Otwarcia ofert dokona komisja konkursowa.
7. Informacje ogłoszone w trakcie jawnego otwarcia ofert zostaną udostępnione nieobecny 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 otwarcia 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:

Przy wyborze oferty Komisja Konkursowa kierować się będzie następującymi kryteriami:

- a) Cena – max 80 punktów
- b) Dostępność – max 20 punktów

Razem max do uzyskania 100 punktów

Ip	Nazwa kryterium	Waga kryterium w punktach	Sposób punktowania
1	Cena	80 pkt	Najniższa zaoferowana cena oferty/cena oferty rozpatrywanej x 100 pkt. x 0,80 (waga kryterium)
2	Dostępność	20 pkt	Zadeklarowana gotowość do udzielania świadczeń miesięcznie* : A: 96- 144 godzin - 10 punktów B. 145-300 godzin - 20 punktów

*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów, za wszystkie ocenione łącznie kryteria. Świadczenia zdrowotne udzielane będą zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie.

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 oraz stosowanych odpowiednio przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 ze zm.). oraz oceny złożonych ofert.
4. Udzielający Zamówienia odrzuci oferty:
 - 1) złożone po terminie;
 - 2) zawierające 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) nieważne 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.
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 w sprawie zawarcia umowy 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 tablicy ogłoszeń w swojej siedzibie oraz na stronie internetowej 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. Szczegółowe warunki umowy określone zostały w *Załączniku nr 3 do SWKO*.
4. 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.
5. Za dzień zapłaty wynagrodzenia uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.

XII. ZASADY WNOŠZENIA 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.

XIII. INFORMACJA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ Z ZAMÓWIENIU NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. **Administrator danych osobowych**- Administratorem państwa danych osobowych jest Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza z siedzibą przy ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków, reprezentowane przez Dyrektora. Z Administratorem może się Pani/Pan skontaktować poprzez adres e-mail: sekretariat@mscz.pl, telefonicznie: tel. 22 739 10 35 lub pisemnie na adres korespondencyjny Szpitala.
2. **Inspektor ochrony danych**- Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach ochrony i przetwarzania swoich danych osobowych pod adresem e-mail: sekretariat@mscz.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w ust. 1.
3. **Cele i podstawy prawne przetwarzania**- Jako Administrator będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z Pani/Pana udziałem w zamówieniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w trybie art. 6 ust. 1 lit. c RODO - oznacza to, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, kiedy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Obowiązki te wynikają z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. **Okres przetwarzania danych** - Dane osobowe będą przetwarzane w formie papierowej oraz elektronicznej przez okres przewidziany przepisami prawa w tym zakresie, w tym przez okres przechowywania dokumentacji określony w przepisach powszechnych i uregulowaniach wewnętrznych administratora w zakresie archiwizacji dokumentów, okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi i w stosunku do niego.
5. **Odbiorcy danych** - Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, jeżeli obowiązek taki będzie wynikać z przepisów prawa. Do Pani/Pana danych mogą też mieć dostęp podmioty przetwarzające dane w imieniu Administratora, np. podmioty świadczące usługi IT, audytorskie, usługi archiwizacji, niszczenie, przewożenie i przechowywania dokumentacji, jak również inni administratorzy danych osobowych, przetwarzający dane we własnym imieniu np.: Poczta Polska lub obsługa prawna.
6. **Prawa osób, których dane dotyczą**: Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii – każda osoba, której dane przetwarzamy jest uprawniona do uzyskania informacji o swoich danych osobowych zgodnie z art. 15 RODO;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych – w przypadku, gdy dane osobowe przetwarzane przez Administratora są nieprawidłowe lub niekompletne to każda osoba, której dane dotyczą może żądać odpowiednio ich poprawienia lub uzupełnienia zgodnie z art. 16 RODO;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych – z ważnych przyczyn, np.: kwestionowanie legalności przetwarzania danych osobowych, zgodnie z art. 18 RODO;Jeżeli chce Pani/Pan skorzystać z któregokolwiek z tych uprawnień prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, który został wskazany w ust. 2 lub pisemnie na adres korespondencyjny, wskazany w ust. 1.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Pani/Panu danych osobowych. Organem właściwym dla ww. skargi jest: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych osobowych

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

p.o. Dyrektora
Mazowieckiego Specjalistycznego
Centrum Zdrowia


Jacek Bachański
(Dyrektor Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia
im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie)



FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług RATOWNIKA MEDYCZNEGO
na rzecz pacjentów w Izbie Przyjęć/oddziałach Psychiatrii Sądowej**

czynny udział w pracy Grupy Interwencyjnej

**Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia
im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie**

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

Imię i Nazwisko:.....

Firma*(jeśli dotyczy)*:.....

Adres:

.....

telefon: e-mail:

NIP*(jeśli dotyczy)*:REGON*(jeśli dotyczy)*:PESEL

Nr indywidualnej praktyki *(jeśli dotyczy)*:

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

W ZAKRESIE:

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług RATOWNIKA MEDYCZNEGO na rzecz pacjentów,
w Izbie Przyjęć/ oddziałach Psychiatrii Sądowej- czynny udział w pracy Grupy Interwencyjnej**

Kryterium a) Cena

Oferowane wynagrodzenie za jedna godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....zł brutto/godz. *

Słowniebrutto /godz.

Kryterium a) Dostępność

Oświadczam, że w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia deklaruje gotowość do pracy w liczbie godzin * (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):

1.	96- 144 godzin miesięcznie	
2.	145-300 godzin miesięcznie	

**w przypadku , gdy Oferent nie wskaże w formularzu ofertowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy ,
Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia ofert*

Uwaga:

1. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo. Ceną oferty jest stawka za 1godzinę 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. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego Oraz Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em
8. Posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej/ zawarę umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy*.
9. Posiadam aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego /zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii stosownych zaświadczeń lekarskich w dniu zawarcia umowy*.
10. Posiadam 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 w Pruszkowie świadczę pracę/nie świadczę pracy* na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej.

.....
(miejsowość, data)

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

*) niepotrzebne skreślić

UMOWA NR/SZ/2024
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

zawarta w dniu2024 roku 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 000006607, posiadającym NIP: 5340012306 oraz REGON: 000687617, zwanym dalej „**Udzielającym Zamówienia**”, „**MSCZ**” lub „**Szpitałem**” reprezentowanym przez: **Dyrektora Wojciecha Legawca**

a:, PESEL: zamieszkałym legitymującym się ;
- tytułem zawodowym ratownika medycznego, potwierdzonym dyplomem nr wydanym dnia roku przez

- wpisem do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, nazwa: „.....”

Adres..... NIP

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

Podstawą zawarcia niniejszej umowy jest art. 26 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej.

§ 1- Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie przez Przyjmującego Zamówienie czynności ratowniczych w Izbie Przyjęć lub na oddziałach psychiatrii sądowej Szpitala zgodnie z aktualnymi potrzebami Udzielającego Zamówienia, w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie miesięcznym przez Pielęgniarkę Koordynującą, w uzgodnieniu z Naczelną Pielęgniarką w wymiarze wskazanym w formularzu ofertowym jednak nie mniejszym niż 96 godzin miesięcznie(+; - 24 godz.).
2. W uzasadnionych przypadkach w danym miesiącu wymiar godzin, o których mowa w ust.1 może być zmniejszony lub zwiększony. Zmiana wymiaru godzin nie wymaga podpisania aneksu do Umowy.
3. Przedmiot Umowy realizowany jest przez całą dobę, w formie dyżurów maksymalnie 24 godzinnych.

§ 2 - Oświadczenie Przyjmującego Zamówienie

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada kwalifikacje wymagane do wykonywania zawodu ratownika medycznego, co potwierdza przedłożonymi dokumentami, a także że 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) Wykonywania swojego zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w tym wykonywanie medycznych czynności ratunkowych zgodnie z obowiązującymi przepisami
 - 2) Udzielania pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty i zagrożenia życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.
 - 3) W zależności od potrzeb wyjazdu z pacjentem karetką specjalistyczną obsługującą MSCZ w ramach zawartej umowy o świadczenie usług transportu sanitarnego, przy czym ratownik odpowiada za powierzony sprzęt medyczny.
 - 4) Współpracy z zespołem pielęgniarskim, lekarzami dyżurnymi oraz lekarzami konsultantami w celu zapewnienia pełnej opieki pacjentowi MSCZ.
 - 5) Współpracy z personelem pielęgniarskim oddziału w zakresie świadczeń zdrowotnych leczniczych zleconych przez lekarza.
 - 6) Oceny stanu pacjenta zgodnie z posiadaną wiedzą.
 - 7) Podejmowania działań stosownie do stanu zdrowia pacjenta.
 - 8) Pomocy przy wykonywaniu czynności związanych z utrzymaniem prawidłowej higieny chorego, w zależności od stanu zdrowia pacjenta- współdziałanie z personelem pielęgniarskim.
 - 9) Wykonywania czynności diagnostycznych (pomiar parametrów życiowych, pobieranie materiałów do badań) i ich dokumentowania w dokumentacji medycznej.
 - 10) Wykonywania zabiegów leczniczych na zlecenie lekarza udokumentowanych w indywidualnej karcie zleceń lekarskich (nie dotyczy zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie).
 - 11) Czuwania nad bezpieczeństwem chorych, udział w zastosowaniu przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującą procedurą w MSCZ - **czynny udział w pracy tzw „grupy interwencyjnej”**.

- 12) Zapewnienia pacjentowi wsparcia psychicznego w sytuacjach trudnych.
- 13) Udziału w przekazywaniu/przeniesieniu pacjenta z izby przyjęć do oddziału oraz dokładne przekazywanie informacji o stanie zdrowia pacjenta.
- 14) Prowadzenia dokumentacji medycznej papierowej i elektronicznej zgodnie zobowiązującymi przepisami prawnymi i przyjętymi zasadami w MSCZ.
- 15) Prowadzenie szkoleń wewnętrznych pracowników MSCZ z zakresu resuscytacji-krążeniowo-oddechowej (BLS) zgodnie z przyjętym harmonogramem szkoleń.
- 16) Przestrzegania obowiązujących w MSCZ procedur akredytacyjnych.

Ponadto **Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się :**

- 1) używać odzieży ochronnej w czasie wykonywania czynności przy pacjencie;
- 2) dbać o sprzęt szpitalny oraz bieliznę szpitalną, a o każdym zaginięciu lub uszkodzeniu niezwłocznie powiadomić Pielęgniarkę Oddziałową;
- 3) nie podawać leku pacjentowi na własną odpowiedzialność ani na ustne zlecenie lekarza;
- 4) nie opuszczać miejsca wykonywania czynności bez przekazania pacjentów i oddziału osobie przejmującej opiekę nad chorymi.

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 w ramach warunków realizacji przedmiotu umowy zapewnionych przez Zleceniodawcę praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 3) przestrzegania zapisów Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- 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 przeciwpożarowych.
- 11) **Strony** zastrzegają sobie prawo dokonywania zmian w harmonogramie pracy w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w dniu ustalania harmonogramu.
- 12) **Udzielający Zamówienia** zastrzega sobie prawo wyznaczenia dodatkowych godzin oraz realizacji przez **Przyjmującego Zamówienie** dodatkowych usług nie objętych przedmiotem umowy w razie zaistnienia okoliczności mogących zaburzyć ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych przez MSCZ.
- 13) **Udzielający Zamówienia** może zlecić **Przyjmującemu Zamówienie** udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem postępowania także na rzecz innych komórek organizacyjnych Szpitala, jeżeli potrzeba taka wynikać będzie z przyczyn dotyczących zmian organizacyjnych **Udzielającego Zamówienia**, zmian w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych lub w sytuacjach nadzwyczajnych.
- 14) Dokumentacja medyczna, o której mowa w ust. 1 pkt 6 jest własnością **Udzielającego Zamówienia** i jako taka jest przechowywana w siedzibie udzielającego Zamówienia.

§ 4 - Zasady korzystania z aparatury **Przyjmujący Zamówienie**

1. W czasie realizacji przedmiotu umowy korzysta nieodpłatnie z aparatury i sprzętu medycznego oraz materiałów medycznych i farmakologicznych znajdujących się na wyposażeniu i w dyspozycji oddziału.
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 ładu czystości, zewnętrzną linię telefoniczną dla celów realizacji umowy oraz bieżące sprzątanie pomieszczeń, w których realizowany jest przedmiot umowy.
3. **Przyjmującemu Zamówienie** nie wolno używać sprzętu i innych rzeczy **Udzielającego Zamówienia** we własnym interesie.
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.

§ 5 - Odzież i obuwie robocze

W trakcie trwania umowy **Przyjmujący Zamówienie** we własnym zakresie i na własny koszt zaopatruje się w odzież i obuwie robocze zgodnie z wymogami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zobowiązuje się do noszenia identyfikatora dostarczonego przez **Udzielającego Zamówienia**.

§ 6 - Przetwarzanie danych osobowych przez Przyjmującego zamówienie

- Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się do zachowania poufności i nie ujawniania osobom trzecim wszystkich informacji, dokumentów i materiałów uzyskanych w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy, w szczególności:
 - nie posługiwania się w informacjami w pracy zawodowej i działalności prowadzonej poza Szpitalem;
 - zachowania poufności danych osobowych i medycznych osób zgłaszanych przez Szpital do objęcia opieką medyczną,
 - zachowania poufności danych i informacji dotyczących **Udzielającego Zamówienia**.
- Udzielający Zamówienia** ma prawo dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych w przypadku stwierdzenia naruszenia zakazu, o którym mowa w ust.5.
- Udzielający Zamówienia** oświadcza, że przetwarza dane osobowe osób fizycznych – pacjentów (dalej określanych jako „dane osobowe”) w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz tych osób.
- Udzielający Zamówienia** oświadcza że jest administratorem danych osobowych osób wskazanych w ust. 7.
- Udzielający Zamówienia** powierza **Przyjmującemu Zamówienie** przetwarzanie danych osobowych pacjentów (w tym danych wrażliwych) w zakresie koniecznym do wykonywania niniejszej umowy, **Udzielający** następujące rodzaje danych osobowych pacjentów i upoważnia do ich przetwarzania : imię nazwisko, oznaczenie płci ;adres zamieszkania; numer PESEL a w przypadku osób które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz inne informacje lub dane w tym dane o stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do realizacji umowy. Dla uniknięcia wątpliwości Strony oświadczają, iż dane osobowe stanowią informacje poufne.
- Powierzone dane osobowe mogą być przetwarzane wyłącznie w celu wykonywania zawartej umowy.
- 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.
- Naruszenie zasad przetwarzania danych osobowych wynikających z ww. aktów prawnych oraz zapisów niniejszej umowy stanowi podstawę do wypowiedzenia przez **Udzielającego Zamówienia** umowy łączącej Strony ze skutkiem natychmiastowym.

§ 7 - Kary umowne

- W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonywania przez **Przyjmującego Zamówienie** jego obowiązków wynikających z niniejszej umowy, z przyczyn leżących po jego stronie, w szczególności poprzez:
 - udzielanie świadczeń w sposób i na warunkach nie odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach i w umowie,
 - niedzielanie świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,
 - udaremnianie kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia oraz inne uprawnione organy i podmioty albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
 - nieuzasadnionej odmowy udzielenia pacjentowi świadczeń,
 - udzielania świadczeń niezgodnych z posiadanymi uprawnieniami poświadczonymi odpowiednim dyplomem z zastrzeżeniem przypadków dopuszczalnych w przepisach prawa,
 - nieprzestrzegania praw pacjenta,
 - naruszenia postanowienia § 4 ust. 3,
 - nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.
- Jeżeli **Przyjmujący zamówienie** naruszy postanowienia niniejszej umowy, **Udzielający zamówienie** ma prawo do naliczenia **Przyjmującemu zamówienie** kar umownych w wysokości 10% jednomiesięcznego wynagrodzenia za każde naruszenie, za miesiąc, w którym miało miejsce uchybienie, na podstawie wyników kontroli wewnętrznej dokonanej przez Pielęgniarkę Koordynującą i Nadzorującą Pracę w oddziale lub **Udzielającego Zamówienie**, nie później niż 3 miesiące od wystąpienia zdarzenia.
- Strony postanawiają, że żądanie odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej jest dopuszczalne, w szczególności, gdy podstawą tego żądania są konsekwencje finansowe poniesione przez **Udzielającego zamówienie** w wyniku orzeczeń wydanych m.in.: przez Prezesa UODO, NFZ, przyznane sądownie odszkodowanie lub zadośćuczynienie dla osoby, której szkoda dotyczy.
- Udzielający zamówienie** ma obowiązek poinformowania **Przyjmującego zamówienie** o wszelkich nieprawidłowościach w wykonaniu usługi, niezwłocznie po ich stwierdzeniu.
- Strony postanawiają, że **Udzielający zamówienie** ma prawo do potrącania kwot kar umownych, odszkodowań oraz kar finansowych z bieżących należności (wynagrodzenia) **Przyjmującego zamówienie**.
- Przed nałożeniem kary, o której mowa w ust. 1, **Udzielający Zamówienia** wysłucha **Przyjmującego Zamówienie** lub zobowiąże go do złożenia pisemnych wyjaśnień w określonym terminie, na okoliczność stwierdzonych naruszeń i nieprawidłowości.
- W przypadku nie wypracowania bez uzasadnionej przyczyny minimalnej liczby godzin, o której mowa w § 1 ust. 2, **Udzielający zamówienia** obniży wynagrodzenie o 5,00 zł za każdą wypracowaną godzinę świadczonych usług w miesiącu, którego rozliczenie dotyczy.

8. Udzielający Zamówienie ma prawo obciążyć Przyjmującego Zamówienie karą umowną w wysokości 5% wynagrodzenia należnego Przyjmującemu Zamówienie za miesiąc, w którym dokumenty dotyczące posiadanej polisy OC, szkolenia BHP lub aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku ratownika medycznego oraz orzeczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych, straciły ważność.
9. Zapłata przez Przyjmującego Zamówienia kary umownej nie wyłącza prawa Udzielającego Zamówienie do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, jeżeli Przyjmujący Zamówienie nie wykonuje, bądź nienależycie wykonuje zobowiązania wynikające z Umowy, a powstała z tego tytułu szkoda przekracza wysokość zastrzeżonych kar umownych.
10. **Przyjmujący Zamówienie** oświadcza, że w razie obciążenia go karą wyraża zgodę na potrącenie przedmiotowej należności przy płatności bieżących rachunków.

§ 8 - Ubezpieczenie

1. **Przyjmujący Zamówienie** zobowiązuje się stosować w zakresie realizacji przedmiotu umowy przepisy obowiązujące w podmiotach leczniczych.
2. **Przyjmujący Zamówienie** oświadcza, że legitymuje się aktualnymi polisami ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu szkód i zdarzeń o których mowa w art 25 ust 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności i zobowiązuje się do jej utrzymywania oraz terminowego opłacania składek polisy przez cały okres obowiązywania umowy.
3. **Przyjmujący Zamówienie** oświadcza, że legitymuje się aktualną polisą ubezpieczenia od 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 poz 866) i zobowiązuje się do jej utrzymywania oraz terminowego opłacania składek polisy przez cały okres obowiązywania umowy.
4. **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 Szpitalu , zarówno w trakcie obowiązywania niniejszej umowy jak i po jej rozwiązaniu , będą wzajemnie wspierać i udzielać pomocy w wyjaśnieniu przyczyn i zasadności zgłoszonych roszczeń.
5. **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 tajemnicy informacji związanych z ich stanem zdrowia oraz udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi.
6. **Przyjmujący Zamówienie** ponosi odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie o ile powstała z jego winy, a w szczególności za zaniedbania lub błąd w sztuce w dziedzinie ratownictwa medycznego.

§ 9 - Zastępstwo

1. W razie zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności uniemożliwiających podjęcie świadczeń, Przyjmujący zamówienie w porozumieniu z Pielęgniarką koordynującą i nadzorującą prace w Izbie Przyjęć / oddziale (lub inną upoważnioną osobą) ustala zastępstwo we własnym zakresie i przekazuje obowiązki wynikające z niniejszej umowy osobie posiadającej umowę tego samego rodzaju z Udzielającym zamówienie lub zatrudnionej w MSCZ.
2. Za ustalenie zastępstwa i przekazanie obowiązków wyłączną odpowiedzialność ponosi Przyjmujący zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie w czasie wykonywania świadczeń nie może opuścić miejsca pracy w żadnych okolicznościach, chyba że uzyska zgodę Pielęgniarki koordynującej i nadzorującej prace w oddziale (lub innej upoważnionej osoby) i zapewni zastępstwo we własnym zakresie oraz przekaże obowiązki wynikające z niniejszej umowy osobie posiadającej umowę tego samego rodzaju z Udzielającym zamówienie.

§ 10 - Wynagrodzenie

1. Za wykonanie czynności objętych niniejszą umową **Przyjmujący Zamówienie** będzie otrzymywał od **Udzielającego Zamówienia** wynagrodzenie brutto stanowiące sumę iloczynu ilości godzin wykonywania czynności i stawki w wysokości zł (słownie: **00/100**) brutto za jedną godzinę wykonywania przedmiotu umowy we wszystkie dni tygodnia.
2. W przypadku nie wypracowania, bez uzasadnionej przyczyny, minimalnej liczby godzin, wskazanej w § 1 ust. 1 umowy, Udzielający zamówienie pomniejszy wynagrodzenie za każdą godzinę świadczonych usług o 5,00 zł w miesiącu, którego rozliczenie dotyczy.
3. **Udzielający Zamówienie** wypłacać będzie **Przyjmującemu Zamówienie** dodatek finansowy z tytułu udziału w czynnościach Grupy Interwencyjnej w celu zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia w innym oddziale niż realizowany przedmiot umowy wysokości **70 zł** (słownie: siedemdziesiąt złotych 00/100) brutto od interwencji, na podstawie wykazu unieruchomień prowadzonego w Izbie Przyjęć.
4. Rozliczenie finansowe realizacji przedmiotu umowy dokonywane będzie w okresach miesięcznych na podstawie rachunku/faktury wystawionej przez **Przyjmującego Zamówienie** potwierdzonej pod względem merytorycznym przez Pielęgniarkę Naczelną.
5. Rachunek/faktura za usługi powinna być przekazana przez Zleceniobiorcę nie później niż **do 7 dnia następnego miesiąca** za miesiąc poprzedni. Do rachunku/faktury należy dołączyć **miesięczną ewidencję godzin wykonywania usług** potwierdzoną przez Pielęgniarkę koordynującą (wzór stanowi zał. nr 1 do umowy) .
6. Płatność należności będzie dokonywana przelewem w terminie **21 dni** od daty otrzymania poprawnie sporządzonego rachunku/faktury na rachunek bankowy Zleceniobiorcy.

7. Za datę zapłaty za usługi uznaje się dzień, w którym nastąpiło obciążenie rachunku bankowego **Przyjmującego Zamówienie**.
8. **Przyjmujący Zamówienie** oświadcza, że z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej sam reguluje należności podatkowe i zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

§ 11. – Informacja Administratora

W związku z zawarciem umowy i zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, z późn. zm.), dalej jako „RODO”, informujemy, że:

1. Administrator danych osobowych. - Administratorem państwa danych osobowych jest Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza z siedzibą przy ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków, reprezentowane przez Dyrektora. Z Administratorem może się Pani/Pan skontaktować poprzez adres e-mail: sekretariat@mscz.pl, telefonicznie: tel. 22 7391035 lub pisemnie na adres korespondencyjny Szpitala.
2. Inspektor ochrony danych - Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach ochrony i przetwarzania swoich danych osobowych pod adresem e-mail: sekretariat@mscz.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w ust. 1.
3. Cele i podstawy prawne przetwarzania - Jako Administrator będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu zawarcia i realizacji umowy. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zawarcie i realizacja umowy oraz spełnienie ciążących na Administratorze obowiązków prawnych wynikających z prawa Unii lub prawa polskiego w tym przepisów podatkowych i rachunkowości, a także przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora np.: ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, co stanowi o zgodnym z prawem przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b, lit. c oraz lit. f RODO.
4. Okres przetwarzania danych - Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres realizacji umowy oraz okres przewidziany przepisami prawa w tym zakresie, w tym przez okres przechowywania dokumentacji określony w przepisach powszechnych i uregulowaniach wewnętrznych Administratora w zakresie archiwizacji dokumentów, oraz przepisów o rachunkowości, a także przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Administratorowi i w stosunku do niego tj. 6 lat.
5. Odbiorcy danych. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, jeżeli obowiązek taki będzie wynikać z przepisów prawa. Do Pani/Pana danych mogą też mieć dostęp podmioty przetwarzające dane w imieniu Administratora, np. podmioty świadczące usługi informatyczne, usługi dostarczania oprogramowania księgowego, usługi hostingowe, usługi archiwizacji, niszczenia i przewożenia dokumentów, jak również inni administratorzy danych osobowych przetwarzający dane we własnym imieniu np.: Poczta Polska.
6. Prawa osób, których dane dotyczą: Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii, zgodnie z art. 15 RODO;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, zgodnie z art.16 RODO;
 - c) prawo do usunięcia danych, zgodnie z art. 17 RODO;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, zgodnie z art. 18 RODO;
 - e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w celu określonym w pkt. 3 z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją, zgodnie z art. 21 RODO.

Jeżeli chce Pani/Pan skorzystać z któregośkolwiek z tych uprawnień prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, który został wskazany w ust. 2 lub pisemnie na adres korespondencyjny, wskazany w ust. 1.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Pani/Panu danych osobowych. Organem właściwym dla ww. skargi jest: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie przez Pani/ Pana danych ma charakter dobrowolny, ale jest konieczne do zawarcia i realizacji umowy.

§ 12 - Okres obowiązywania umowy

1. Umowa zostaje zawarta na okres 24 miesięcy od dnia **01.03.2024**.

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 niemożliwości realizowania przedmiotu umowy.

2. Udzielający zamówienie może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym (bez zachowania okresu wypowiedzenia) w przypadku, gdy:
 - a) Przyjmujący zamówienie rażąco naruszy istotne postanowienia Umowy,
 - b) Przyjmujący zamówienie nie dopełni obowiązków w niej określonych, w szczególności opuści miejsce pracy, nie zgłosi się do pełnienia świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem bez usprawiedliwienia, nie zgłosi się do pełnienia świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem i nie zapewniając zastępstwa,
 - c) w wyniku kontroli wykonywania umowy i realizacji zaleceń pokontrolnych, stwierdzono niewypełnianie warunków umowy z NFZ lub wadliwe jej wykonywanie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń zdrowotnych, zawężanie ich zakresu lub złą jakość świadczeń,
 - d) Przyjmujący zamówienie nie będzie posiadał aktualnej polisy 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,

- e) Przyjmujący zamówienie przedstawi nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informację,
 - f) Narodowy Fundusz Zdrowia nie podpisze kontraktu z Udzielającym Zamówienie,
 - g) Przyjmujący zamówienie popełni w czasie trwania umowy przestępstwo, wykroczenie lub delikt dyscyplinarny, który uniemożliwia lub znacznie utrudnia dalsze świadczenie usług zdrowotnych,
 - h) Przyjmujący zamówienie naruszy przepisy ustawy z dnia 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, w szczególności art. 11,
 - i) Przyjmujący zamówienie działa na szkodę Udzielającego zamówienie lub jego działania zagrażają Udzielającemu zamówienie,
 - j) Przyjmujący zamówienie naruszy wizerunek Udzielającego zamówienie lub zagrazi wizerunkowi Udzielającego zamówienie,
 - k) Przyjmujący zamówienie naruszy dobra osobiste Udzielającego zamówienie lub jakiegokolwiek pracownika, współpracownika, świadczeniobiorcy albo kontrahenta Udzielającego zamówienie, albo zagrazi dobru osobistemu,
 - l) Przyjmujący zamówienie pomawia lub zniesławia Udzielającego zamówienie lub jakiegokolwiek pracownika, współpracownika, świadczeniobiorcę albo kontrahenta Udzielającego zamówienie,
 - m) Przyjmujący zamówienie ujawnia srodkiem masowego przekazu informacje dotyczące Udzielającego zamówienie bez zgody Udzielającego zamówienie wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności,
 - n) Przyjmujący zamówienie nie poinformuje Udzielającego zamówienie na piśmie pod rygorem nieważności, że toczy się przeciwko niemu postępowanie karne, dyscyplinarne lub w sprawach o wykroczenia w zakresie czynu związanego z wykonywaniem niniejszej Umowy,
 - o) Przyjmujący Zamówienie naruszy zasady etyki zawodowej .
9. 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 przypadkach określonych w ust. 2.
10. W przypadku rozwiązania Umowy Udzielający Zamówienia ma obowiązek wypłacić Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie z tytułu czynności wykonywanych do dnia rozwiązania umowy.
11. Strony dopuszczają możliwość czasowego zawieszenia realizacji Przedmiotu Umowy (przerwa) na okres nie dłuższy niż 30 dni 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 niemożliwości realizowania Przedmiotu Umowy.
12. **Przyjmujący Zamówienie** wypowiedzając umowę, lub ją rozwiązując w inny sposób obowiązany jest wykonać wszystkie niezbędne czynności, aby okoliczność ta nie miała negatywnego wpływu na dalszy tok leczenia pacjentów powierzonych jego opiece.
13. Prawa i obowiązki stron określone niniejszą umową nie mogą być przenoszone na osoby trzecie.

§ 13 - Postanowienia końcowe

- 1. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- 2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy o działalności leczniczej i Kodeksu cywilnego.
- 3. Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy, których strony nie rozstrzygną polubownie, zostaną poddane rozstrzygnięciu sądu powszechnego właściwego rzeczowo i miejscowo dla Zleceniodawcy.
- 4. Umową sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach , po jednym dla każdej ze Stron.

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

Załączniki do Umowy:

Załącznik nr 1 – Formularz oferty

Załącznik nr 2 – Obowiązki i zadania Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 3 – Miesięczna ewidencja godzin wykonywania usług,

Załącznik nr 4 – Oświadczenie (aktualne dokumenty)

Warunki udzielania świadczeń ratownika medycznego

1. Dni pracy – od poniedziałku do niedzieli ze świętami włącznie (wg harmonogramu),
2. Czas pracy: w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem
3. Miejsce wykonywania zamówienia; Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie Izba Przyjęć / oddział psychiatrii sądowej
5. Miesięczny wymiar czasu pracy dla 1 osoby wynosi od 96-144 godzin/od 145 do 300 godzin, wg harmonogramu uzgodnionego z Zamawiającym oraz w zależności od potrzeb Zamawiającego - zgodnie ze złożoną ofertą (*niewłaściwie skreślić*).

Zakres świadczeń

Do zadań ww. osoby będzie należało zapewnienie kompleksowej opieki osobom zwracającym się o pomoc do Izby Przyjęć, szczególności:

- Rozpoznanie stanu pacjenta, problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych na podstawie danych uzyskanych z obserwacji / informacji uzyskanych od pacjenta/ opiekuna /członków zespołu terapeutycznego /zespołu ratowniczego,
- Udzielanie odpowiedniej pomocy pacjentom w różnym stanie zdrowia, stosownie do stanu ,diagnozy lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego - leczniczego,
- Podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wlewów dożylnych; podawanie leków drogą wziewną, drogą doustną..
- Udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej (zgodnie z odrębnymi przepisami).
- Wykonywanie medycznych czynności ratunkowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- Rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców,
- Przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno-epidemiologicznych, procedur systemu zarządzania jakością oraz zasad współpracy obowiązujących w MSCZ.
- Dbłość o sprawność techniczną aparatury medycznej, niezbędnej do udzielania świadczeń oraz narzędzi i sprzętu do wykonywania zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych.
- Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami i aktualną wiedzą.
- Współpraca z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie,
- W zależności od potrzeby wyjazd z pacjentem karetką specjalistyczną obsługującą MSCZ w ramach zawartej umowy o świadczenie usług transportu sanitarnego - ratownik odpowiada za powierzony sprzęt medyczny.
- Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta /Izby Przyjęć/ oddziału psychiatrii sądowej w zakresie objętym kompetencjami zawodowymi.

Ponadto, Praca w oddziale psychiatrii sądowej

- Wnikliwa obserwacja pacjenta w oddziale
- Współpraca z zespołem pielęgniarskim, lekarzami dyżurnymi oraz lekarzami konsultantami w celu zapewnienia pełnej opieki pacjentowi MSCZ,
- Współpraca z personelem pielęgniarskim izby przyjęć /oddziału w zakresie świadczeń zdrowotnych leczniczych zleconych przez lekarza.

Zadania

- Zapewnienie kompleksowej opieki medycznej osobom zwracającym się o pomoc do Izby Przyjęć, oraz pacjentom oddziału psychiatrii sądowej .
- Dokonywanie wstępnej oceny problemów pacjenta.
- Zawiadamianie niezwłocznie lekarza/lekarza dyżurnego o zgłoszeniu się pacjenta, przygotowywanie pacjenta do badania, a w razie potrzeby asystowanie i lub wykonywanie zabiegów doraźnych zleconych przez lekarza/lekarza dyżurnego.
- Objęcie pacjenta doraźną opieką stosownie do jego stanu, w tym wykonanie pomiarów parametrów życiowych, pobranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych, i podanie zleconych leków.
- Udzielanie pierwszej pomocy pacjentom w stanach zagrożenia życia i zdrowia.
- Rejestracja osoby zgłaszającej się z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.
- Organizowanie sprawnego przyjęcia pacjenta do oddziałów zgodnie z przyjętymi procedurami.
- Współdziałanie w udzielaniu świadczeń medycznych i pomocy doraźnej pacjentowi nie zakwalifikowanemu do hospitalizacji.
- Zapewnienie bezpieczeństwa chorym wymagającym szczególnego nadzoru medycznego.
- Czuwanie nad bezpieczeństwem chorych, udział w zastosowaniu przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującą procedurą w MSCZ- czynny udział w pracy tzw. „grupy interwencyjnej”
- Współpraca i udział w opiece nad pacjentami z aresztu śledczego zgodnie z obowiązującą instrukcją.
- Pomoc przy wykonywaniu czynności związanych z utrzymaniem prawidłowej higieny chorego w zależności od stanu zdrowia pacjenta- współdziałanie z personelem pielęgniarskim.
- Zapewnienie pacjentowi wsparcia psychicznego w sytuacjach trudnych.
- Udział w przekazywaniu / przeniesieniu pacjenta z izby przyjęć do oddziału oraz dokładne przekazywanie informacji o stanie zdrowia pacjenta.
- Prowadzenie szkoleń wewnętrznych pracowników MSCZ z zakresu resuscytacji-krążeniowo-oddechowej (BLS) zgodnie z przyjętym harmonogramem szkoleń.
- Przestrzeganie praw pacjenta
- Przeprowadzanie dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego oraz utrzymywanie stanowiska pracy w czystości i porządku.
- Dokumentowanie wykonanych zabiegów, czynności pielęgnacyjnych i wyników obserwacji chorego.
- Prowadzenie dokumentacji medycznej papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi i przyjętymi zasadami w MSCZ.
- Przestrzeganie obowiązujących w Centrum procedur akredytacyjnych

Ewidencja godzin wykonywania usługi

Nazwisko imię Miesiąc.....rok.....oddział

Dzień miesiąca	Liczba godzin	Podpis Przyjmującego zamówienie	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			
Ogółem liczba godzin			

Podpis Pielęgniarki Koordynującej

Podpis Pielęgniarki Naczelnej



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 zdrowotnych jako technik elektroradiolodzy w 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 technika elektroradiologii);
- 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.

.....
(podpis składającego oświadczenie)



