

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (dalej jako: SWKO)
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
przez lekarzy w oddziałach szpitalnych / poradniach w Zespole Opieki Zdrowotnej
we Włoszczowie - Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II
ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa (dalej jako: Szpital)**

Podstawa prawna: art. 26, art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U z 2025 r. poz. 450.) oraz odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4–6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.).

Termin składania ofert: 25.11.2025 roku, do godziny 10:00

Termin otwarcia ofert: 25.11.2025 roku o godz. 10:30

I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w:
 - oddziałach szpitalnych / poradniach Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II /leczenie całodobowe lub dyżury medyczne/:
 - a) Oddział Pediatriczny
 - b) Oddział Chorób Wewnętrznych
 - c) Oddział Chirurgiczny Ogólny oraz Poradnia Chirurgiczna
 - d) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym
 - e) Blok Operacyjny
 - f) Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć
 - g) Hospicjum Stacjonarne
 - h) Nocna i świąteczna opieka zdrowotna
 - i) Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu
 - j) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
 - k) Poradnia Dermatologiczna
 - l) Poradnia Gastroenterologiczna / Pracownia Endoskopii
 - m) Poradnia Urologiczna
 - n) Poradnia Neurologiczna
2. Za świadczenia zdrowotne w zakresie świadczeń lekarskich uważa się świadczenia, o których mowa w art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r., o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1287).
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń lekarskich powinno odbywać się każdorazowo zgodnie z aktualnymi wytycznymi NFZ odnoszącymi się do przedmiotu zamówienia.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń lekarskich odbywać się będzie na podstawie umowy zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego, wynikającym z godzin pracy w oddziale.

5. Szacunkowa miesięczna liczba godzin usługi wynosi 300 h.
6. Zamówienie realizowane będzie na warunkach określonych w umowie zawartej z Wykonawcą.

II. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY:

Umowy będą zawierane w okresie od 01.12.2025 roku do dnia 31.12.2027 r. na czas określony, nie dłuższy jednak niż okres 2 lat.

III. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTA:

1. Oferentem może być podmiot wykonujący działalność leczniczą w formie: indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym, legitymujący się nabyciem fachowych kwalifikacji w określonej dziedzinie medycyny: lekarz posiadający specjalizację lub w trakcie specjalizacji z danego zakresu (dalej jako: Przyjmujący zamówienie).

Uwaga: dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji

Treść przepisów prawa a także kontraktu z NFZ każdorazowo warunkuje możliwość zatrudniania lekarzy w trakcie specjalizacji w oddziałach/poradni – w razie wątpliwości koniecznie należy skontaktować się przed złożeniem oferty z osobą uprawnioną do kontaktu ze strony Szpitala: tel. 0-41 38-83-765.

Oferty złożone przez lekarzy w trakcie specjalizacji, w których właściwe przepisy / zapisy kontraktu z NFZ nie dopuszczają możliwości zatrudniania tychże zostaną odrzucone.

2. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Wykonawcę, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

IV. WYMAGANE DOKUMENTY:

1. Do oferty należy dołączyć:

- a) w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej, w zależności od formy organizacyjno-prawnej:
 - aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG), oraz
 - zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stosownie do formy organizacyjno-prawnej.
- b) kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:
 - dyplom ukończenia studiów medycznych,
 - prawo wykonywania zawodu,
 - dyplom specjalizacji II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń, ewentualnie karta Szkolenia specjalizacyjnego,

- posiadane dyplomy i certyfikaty potwierdzające odbyte kursy i szkolenia,
- c) kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie po podpisaniu umowy, jednakże obowiązkowo przed rozpoczęciem współpracy), w takim wypadku Przyjmujący Zamówienie składa oświadczenie, iż zawrze umowę ubezpieczenia na okres obowiązywania umowy.
- d) aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarz (tzw. zdolność do pracy),
- e) oświadczenie o przebytych szczepieniach ochronnych w kierunku WZW typu B,
- f) zaświadczenie o ukończonym szkoleniu bhp,
- g) wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik nr 1, załącznik nr 2 klauzulę dot. danych osobowych oraz zaporafowany projekt Umowy (załącznik nr 3).

V. **KRYTERIUM OCENY ZŁOŻONYCH OFERT:**

1. Przy wyborze ofert Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami: wysokość wynagrodzenia zaoferowana przez Wykonawcę (cena), jakość kompleksowość, dostępność, ciągłość.
2. Zamawiający może dokonać wyboru więcej niż jednej oferty, do chwili, gdy liczba wybranych ofert umożliwi prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.
3. Zamawiający może przyjąć ofertę w części.
4. Kryteria oceny:

A - Wysokość wynagrodzenia (Cena):

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- zł/h brutto (słownie:.....)

Maksymalna wysokość punktowa w kryterium wynagrodzenie obliczane spośród ofert niepodlegających odrzuceniu wynosi 80 pkt i zostanie obliczona na zasadach określonych poniżej:

$$\text{Kryterium punktowe} = \frac{\text{Najniższa cena brutto spośród badanych nieodrzuconych ofert}}{\text{Cena brutto w badanej nieodrzuconej ofercie}} \times 80$$

Oferty zostaną przeliczone według powyższego wzoru. Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa w kryterium wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. V ust. 4 lit. A SWKO.

W przypadku złożenia większej liczby ofert Zamawiający dokona wyboru ofert na podstawie ustalonego rankingu ofert (rozpoczynając od ofert z najwyższą liczbą punktów), do chwili gdy liczba wybranych ofert umożliwi prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem.

B - Opis kolejnych kryteriów oceny ofert wymienionych w pkt. V ust. 1 SWKO (**jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość**):

- a. Oceniając **jakość** Zamawiający przyznaje punkty za doświadczenie Wykonawcy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, w następującej wysokości:
1. poniżej 5 lat doświadczenia – **1 pkt**
 2. 5 – 10 lat doświadczenia – **3 pkt.**
 3. powyżej 10 lat doświadczenia – **5 pkt.**
- b. Oceniając **kompleksowość** Udzielający zamówienia przyznaje punkty i premiuje kwalifikacje zawodowe Przyjmującego zamówienie, gwarantujące możliwość należytego udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, przy równoczesnym posiadaniu dodatkowych kwalifikacji zawodowych z innych dziedzin medycyny, pozwalających Przyjmującemu zamówienie na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych, w następującej wysokości:
1. Lekarz w trakcie specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do przedmiotu niniejszego postępowania – **1 pkt.**
 2. Tytuł specjalisty I stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do przedmiotu niniejszego postępowania – **3 pkt.**
 3. Tytuł specjalisty II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do przedmiotu niniejszego postępowania oraz równocześnie tytuł lub stopień naukowy – **5 pkt.**
- c. Oceniając **dostępność** Zamawiający przyznaje punkty za gotowość Wykonawcy do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym zakresie:
4. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05 – **1 pkt**
 5. w dni powszednie w godz.: 15:06 – 7:30 – **3 pkt.**
 6. w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego – **5 pkt.**
- * **Dotyczy Nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:**
7. w dni powszednie w godz.: 18:00 – 8:00, – **3 pkt.**
 8. w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego – **5 pkt.**
- ** **Dotyczy Hospicjum stacjonarnego i Poradni**
9. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05, **1 pkt**
- d. Oceniając **ciągłość** Zamawiający przyznaje punkty za gotowość Wykonawcy do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej tygodniowym wymiarze dni:
1. do dwóch dni w tygodniu – **1 pkt**
 2. 3 dni w tygodniu – **3 pkt.**
 3. 4 dni w tygodniu – **5 pkt.**

Kryteria „dostępność” i „ciągłość” nie mogą pozostawać ze sobą w sprzeczności.
Za ww. 4 kryteria uzyskać można maksymalnie do 20 punktów.

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria (do 100 punktów).

VI. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Oferty można składać na jeden Oddział/komórkę organizacyjną lub większą ilość. W przypadku składania ofert na więcej niż jeden Oddział/ komórkę organizacyjną należy wypełnić odpowiedni formularz ofertowy. Złożone oferty będą poddawane ocenie oddzielnie dla każdego Oddziału/komórki organizacyjnej.
2. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę na dany zakres świadczeń zdrowotnych (godziny świadczenia usługi).
3. Oferta powinna być złożona w formie pisemnej, na Formularzu Ofertowym, stanowiącym odpowiednio Załącznik nr 1a – 1l (do każdego Oddziału przypisany jest odrębny Formularz Ofertowy), do niniejszych SWKO, wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami, zgodnie z określonymi w niniejszym dokumencie warunkami. Treść oferty musi odpowiadać wymogom SWKO.
4. Wynagrodzenie powinno zostać zawarte w Formularzu Ofertowym, stanowiącym Załącznik nr 1a – 1l do SWKO i wyrażone każdorazowo w złotych polskich brutto (PLN).
5. Ofertę należy sporządzić w języku polskim.
6. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty muszą być podpisane i potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.
7. Wszelkie zmiany i poprawki w tekście oferty muszą być czytelne i parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
8. Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent (niezależnie od wyniku niniejszego postępowania konkursowego).

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:

1. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, w zaklejonej kopercie w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do daty otwarcia ofert, należy złożyć do dnia 25.11.2025 r. do godziny 10.00 w siedzibie Zamawiającego (sekretariat Dyrektora ZOZ we Włoszczowie) lub przesłać na adres: **Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, 29 – 100 Włoszczowa, ul. Żeromskiego 28, Oferta na konkurs: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie” nie otwierać przed godziną 10:30 w dniu 25.11.2025 roku** (liczy się data doręczenia – nie data nadania).

Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

Oferta na konkurs: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II” nie otwierać przed godziną 10:30 w dniu 25.11.2025 roku.

2. Na kopercie należy umieścić dane identyfikacyjne Oferenta.
3. Celem dokonania zmian bądź poprawek, Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego terminu i zachowania formy pisemnej.

4. Oferta złożona po terminie zostanie odrzucona zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.) w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej. Wybór drogi pocztowej dostarczenia oferty następuje na ryzyko Oferenta (liczy się data wpływu do Zamawiającego – nie data nadania czy przekazania kurierowi itp.).

VIII. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

Otwarcie ofert w konkursie: odbędzie się w dniu 25.11.2025 roku o godz. 10:30.

IX. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, przy czym bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

X. TRYB I ZAKRES PRAC KOMISJI KONKURSOWEJ

1. Konkurs przeprowadza Komisja powołana decyzją Dyrektora.
2. Z przebiegu konkursu Komisja konkursowa sporządza protokół.
3. Prace Komisji odbywają się w części jawnej i w części zamkniętej. Oferenci mogą być obecni na części jawnej.
4. Komisja konkursowa, mając na celu rozstrzygnięcie konkursu ofert, dokonuje następujących czynności w części jawnej:
 - a. Stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
 - b. Otwiera koperty z ofertami;
 - c. Podaje informacje dotyczące cen ofert.
5. Komisja konkursowa w części zamkniętej posiedzenia, bez udziału Oferentów, dokonuje następujących czynności:
 - a. Ustala, które z ofert spełniają warunki określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert;
 - b. Odrzuca oferty:
 - nieodpowiadające warunkom określonym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert;
 - złożone po terminie;
 - zawierające nieprawdziwe informacje;
 - jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanego wynagrodzenia za realizację umowy,
 - jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną,
 - jeżeli Zamawiający posiada wiedzę o uprzednim, w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, rozwiązaniu z Oferentem umowy o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym

przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po jego stronie,

- jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz złożona oferta nie spełnia warunków określonych w SWKO.

- c. Zastrzega się możliwość prowadzenia negocjacji stawek za świadczenie usług medycznych.
 - d. Komisja zastrzega sobie prawo swobodnego wyboru oferty.
6. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie.

XI. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego lub odwołanie konkursu, Komisja ogłasza o rozstrzygnięciu konkursu. Z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego następuje jego zakończenie.
2. Komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i ich dostępność.
3. Komisja może nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora ZOZ. Dyrektor ZOZ może odmówić zatwierdzenia wyników konkursu w przypadku stwierdzenia błędów postępowania konkursowego co skutkuje zakończeniem postępowania bez dokonania wyboru ofert.
5. Ogłoszenie wyników konkursu wywiesza się na stronie internetowej **www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa** w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
6. Postępowanie konkursowe zostanie unieważnione, zgodnie z art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.), gdy nie zostanie zakończone wyłonieniem żadnej oferty.

XII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Zamawiającego zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - a. wybór trybu postępowania;
 - b. niedokonanie wyboru Oferenta;
 - c. unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- d. odwołania niniejszego konkursu przez Zamawiającego na podstawie pkt. XIV ust. 1 SWKO.
2. W toku postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do Komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
 3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
 4. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
 5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
 6. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie umieszcza się na stronie internetowej **www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa**
 7. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
 8. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Dyrektora Zamawiającego, w terminie do 7 dni od dnia ogłoszenia o wyniku postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu ofert. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
 9. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

XIII. ZAWARCIE UMOWY

1. Zawarcie umowy o realizację świadczeń zdrowotnych, których dotyczy konkurs ofert, nastąpi w ciągu 14 dni od dnia wyboru oferty najkorzystniejszej. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielanie przedmiotowego zamówienia.
2. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający może wybrać najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert prawidłowo złożonych.

XIV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia konkursu w całości lub w części bez podania przyczyny.
2. Osobą do kontaktu ze strony Zamawiającego jest: Elżbieta Łopatowska, tel. 41 3883765.
3. Zapytania do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert można składać nie później niż na 5 dni przed terminem wyznaczonym na składanie ofert.
4. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym dokumencie oraz załącznikach do niego stosuje się odpowiednie przepisy prawa.

Załączniki:

1. **Formularz ofertowy** - Załącznik nr 1:
 - a) Oddział Pediatriczny,
 - b) Oddział Chorób Wewnętrznych,
 - c) Oddział Chirurgiczny Ogólny oraz Poradnia Chirurgiczna,
 - d) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym,
 - e) Blok Operacyjny,
 - f) Szpitalny Oddział Ratunkowy,
 - g) Hospicjum Stacjonarne,
 - h) Nocna i świąteczna opieka zdrowotna,
 - i) Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu,
 - j) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - k) Poradnia Dermatologiczna
 - l) Poradnia Gastroenterologiczna / Pracownia Endoskopii
 - m) Poradnia Urologiczna
 - n) Poradnia Neurologiczna
2. **Oświadczenie RODO** – Załącznik nr 2,
3. **Projekt Umowy** – Załącznik nr 3.

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. **Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) **W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam** letnie doświadczenie zawodowe.
- 2) **Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)**
.....

- 3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
1. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
 2. w dni powszednie w godz.: 15:06 – 7:30,
 3. w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego
- 4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a) ogłoszenia,
 - b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c) ustawy o działalności leczniczej,
 - d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczętka Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. **Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) **W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam** letnie doświadczenie zawodowe.
- 2) **Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)**
.....

- 3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
1. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
 2. w dni powszednie w godz.: 15:06 – 7:30,
 3. w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego
- 4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a) ogłoszenia,
 - b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c) ustawy o działalności leczniczej,
 - d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczęć Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY ORAZ PORADNIA CHIRURGICZNA

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. **Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) **W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam** letnie doświadczenie zawodowe.
- 2) **Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)**
.....

- 3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
1. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
 2. w dni powszednie w godz.: 15:06 – 7:30,
 3. w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego
- 4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a) ogłoszenia,
 - b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c) ustawy o działalności leczniczej,
 - d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczęć Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**

**ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
Z BLOKIEM OPERACYJNYM**

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
..... Tel.

UWAGA:

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
- 2) Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)
.....

-
.....
- 3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
w dni powszednie w godz.: 15:06 – 7:30,
3. w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego
- 4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
- 2) trzech dni w tygodniu –
- 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a) ogłoszenia,
 - b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c) ustawy o działalności leczniczej,
 - d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODE / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczętka Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

BLOK OPERACYJNY

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. **Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) **W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)**
- 2) **W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):**
 1. **wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,**

2.w dni powszednie w godz.: 15:06 – 7:30,

3.w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego

- 3) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a) ogłoszenia,
 - b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c) ustawy o działalności leczniczej,
 - d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODE / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczętka Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. **Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) **W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.**
- 2) **Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)**

.....

- 3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
1. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
 2. w dni powszednie w godz.: 15:06 – 7:30,
 3. w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego
- 4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

zapoznałem się z treścią:

- a) ogłoszenia,
 - b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c) ustawy o działalności leczniczej,
 - d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczętka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**

HOSPICJUM STACJONARNE

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
- 2) Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)

.....
3) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1) do dwóch dni w tygodniu –

2) trzech dni w tygodniu –

3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a) ogłoszenia,
 - b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c) ustawy o działalności leczniczej,
 - d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....
Data Podpis i pieczętka Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. **Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:**
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) **W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.**
- 2) **Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)**
- 3) **W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):**

- a) w dni powszednie w godz.: 18:00 – 8:00,
 - b) w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego
- 4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a. ogłoszenia,
 - b. Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c. ustawy o działalności leczniczej,
 - d. akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODE / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczętka Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

ODDZIAŁ REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

- 1.Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
- 2.Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
 2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)
-

- 3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- a. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
- 4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią:
 - a. ogłoszenia,
 - b. Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c. ustawy o działalności leczniczej,
 - d. akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
- 3) **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

- 4) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczęć Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ ORAZ PORADNIA CHIRURGII
URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

- 1) **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
- 2) **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
- 2) Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)

- 3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- a) wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
 - b) w dni powszednie w godz.: 15:06 – 7:30,
 - c) w dni powszednie i w dni ustawowo wolne w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego
- 4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a. ogłoszenia,
 - b. Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c. ustawy o działalności leczniczej,
 - d. akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczęć Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

PORADNIA DERMATOLOGICZNA

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

1. **Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.**
2. **Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.**

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)

.....
3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

b. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,

4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1) do dwóch dni w tygodniu –

2) trzech dni w tygodniu –

3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:

a) ogłoszenia,

b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),

c) ustawy o działalności leczniczej,

d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,

2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

3. **WYRAŻAM ZGODE / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....
Data Podpis i pieczęć Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II

PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA / PRACOWNIA ENDOSKOPII

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

- 1) Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
- 2) Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- zł brutto za badanie (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
- 2) Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)

.....
3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

a) wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,

4) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1) do dwóch dni w tygodniu –

2) trzech dni w tygodniu –

3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1) zapoznałem się z treścią:

a) ogłoszenia,

b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),

c) ustawy o działalności leczniczej,

d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,

2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

3) **WYRAŻAM ZGODE / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....
Data Podpis i pieczęć Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**

PORADNIA UROLOGICZNA

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

- 1) Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
- 2) Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
 2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)
-

3. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
a) wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
4. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
1) do dwóch dni w tygodniu –
2) trzech dni w tygodniu –
3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a. ogłoszenia,
 - b. Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c. ustawy o działalności leczniczej,
 - d. akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODE / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).

W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczętka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ
lekarzy w oddziałach szpitalnych/poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II**

PORADNIA NEUROLOGICZNA

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....**Tel.**

UWAGA:

- 1) Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu
- 2) Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę wyrażoną w PLN za realizację przedmiotu zamówienia.

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- zł/h brutto (słownie:.....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe
2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)

.....

3. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- a. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:30 – 15:05,
4. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
- 1) do dwóch dni w tygodniu –
 - 2) trzech dni w tygodniu –
 - 3) czterech dni w tygodniu –

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią:
 - a) ogłoszenia,
 - b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
 - c) ustawy o działalności leczniczej,
 - d) akceptuję i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń do ich treści,
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODE / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail:

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

Data Podpis i pieczęćka Oferenta

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, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- a. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
ul. Żeromskiego 28; 29-100 Włoszczowa
tel. 41 388 38 00; fax 41 388 38 58
kadry2@zozwloszczowa.pl
- b. Inspektor ochrony danych w ZOZ we Włoszczowie: tel.: 41 38 83 771;
email.: dane.osobowe@zozwloszczowa.pl
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem konkursowym na
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w oddziałach szpitalnych/ poradni
Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
/leczenie całodobowe lub dyżury medyczne/
Znak sprawy: SP.111. 2 .2025 prowadzonym w trybie konkursu ofert.
- c. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania.
- d. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- e. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym.
- f. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.
- g. Posiada Pani/Pan:
1. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 2. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **;
 3. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO ***;
 4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
- h. Nie przysługuje Pani/Panu:
1. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 2. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 3. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

- i. Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego:
Osobom ubiegającym się o Udzielenie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w oddziałach szpitalnych/ poradni Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Biuro Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych
ul. Stawki 2; 00-193 Warszawa
tel. 22 531 03 00; fax. 22 531 03 01.

.....
podpis

**** Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku konkursu o Udzielenie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w oddziałach szpitalnych/ poradni oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.

***** Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskie

**Umowa kontrakt nr ZOZ. SP. /2025
o świadczenie usług medycznych**

zawarta we Włoszczowie w dniu pomiędzy:

1. Zespołem Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym w Kielcach, X Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000057160, NIP 656-18-55-908, REGON 000304295, zwanym dalej „Udzielającym zamówienia”, reprezentowanym przez Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie –, przy kontrasygnacie Głównego Księgowego –,

a

2. Panem/Panią lek. Prowadzącym/ą działalność gospodarczą pn., NIP, REGON

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”,

zwanymi dalej łącznie „Stronami”,

o następującej treści:

Na podstawie art. 26 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (t. j. Dz. U. 2025 r. poz. 450) oraz przepisów Kodeksu cywilnego Strony zawierają Umowę o świadczenie usług medycznych dla pacjentów Udzielającego zamówienia.

§1

1. Na mocy niniejszej Umowy Przyjmujący zamówienie zapewnia udzielanie świadczeń medycznych pacjentom Udzielającego zamówienia zgodnie ze statutem, obowiązującymi procedurami, regulaminami i zarządzeniami Udzielającego zamówienia. Miejscem realizacji wykonywania przedmiotu niniejszej umowy jest Oddział / Poradnia..... Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie, w trakcie realizacji przedmiotu Umowy zobowiązany jest do realizacji zadań w Oddziale oraz w innych komórkach organizacyjnych, a także wypełniania zaleceń Kierownika dyżuru, w szczególności w przypadkach wyższej konieczności i konieczności zastosowania doraźnych zmian w zabezpieczeniu dyżurowym szpitala wynikających z nadzwyczajnych i nieprzewidzianych okoliczności
3. Przyjmujący zamówienie w czasie realizacji przedmiotu niniejszej Umowy wykonuje czynności służące: zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów polegające w szczególności na:
 - a) udzielaniu świadczeń medycznych w czasie regulaminowego funkcjonowania Oddziału zgodnie z ustalonym harmonogramem,
 - b) udzielaniu świadczeń poza regulaminowymi godzinami pracy i w dni ustawowo wolne od pracy /pełnienie dyżurów/ zgodnie z ustalonym harmonogramem,

- c) pozostawaniu w gotowości do udzielania świadczeń medycznych w Oddziale poza regulaminowymi godzinami funkcjonowania szpitala i w dni ustawowo wolne od pracy /dyżur w domu „pod telefonem”/ zgodnie z harmonogramem,
 - d) niezwłocznym przybyciu do Udzielającego zamówienia w razie wezwania i udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale w terminach odbywania dyżuru „pod telefonem”, o którym mowa w lit. c powyżej,
 - e) sprawowaniu nadzoru nad pracą personelu zatrudnionego w oddziale,
 - f) realizacji innych czynności wynikających z Warunków współpracy między Udzielającym zamówienia, a Przyjmującym zamówienie, określonych w **Załączniku nr 1** do niniejszej umowy, Regulaminach Szpitala, obowiązujących zarządzeniach Udzielającego zamówienia, obowiązujących standardach i procedurach.
4. Przyjmujący zamówienie ma prawo wzywania na konsultację lekarzy innych specjalności – udzielających świadczeń medycznych u Udzielającego zamówienia,
 5. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek udzielania konsultacji w innych oddziałach Udzielającego zamówienia.
 6. W przypadkach wątpliwych lub spornych, decyzję o potrzebie konsultacji podejmuje ordynator/kierownik oddziału/działu lub koordynator pracy Szpitala. Koordynatorem pracy Szpitala w czasie wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, o których mowa w punkcie 2 jest Kierownik zespołu dyżurującego w danym dniu.
 7. Przyjmujący zamówienie może kierować pacjentów na leczenie w innych jednostkach ochrony zdrowia, jeśli wymagać tego będzie stan zdrowia pacjenta, a potencjał diagnostyczny i leczniczy danej jednostki nie zapewnia możliwości dalszego leczenia.
 8. Przyjmujący zamówienie nie może bez zgody Udzielającego zamówienia podejmować innego zatrudnienia w podmiocie udzielającym świadczeń przewidzianych przedmiotową umową na terenie powiatu włoszczowskiego.
 9. Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń w pomieszczeniach Udzielającego zamówienia oraz wykorzystując sprzęt i aparaturę stanowiącą własność Udzielającego zamówienia, w zakresie niezbędnym do wykonywania przedmiotu niniejszej Umowy, na podstawie odrębnej umowy użyczenia nr
 10. Przyjmujący zamówienie stosownie do potrzeb, zobowiązany będzie do udziału w pracach Komisji i Zespołów działających w strukturach Udzielającego zamówienia. W przypadku konieczności przeprowadzenia w takim przypadku dodatkowego szkolenia, koszty związane ze szkoleniem ponosi Udzielający zamówienia
 11. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że dysponuje fachową wiedzą i kwalifikacjami niezbędnymi do wykonywania przedmiotu umowy /dokumenty w aktach Udzielającego zamówienia/ oraz posiada:
 - a) prawo wykonywania zawodu nr wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w,
 - b) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej /OC/ za ewentualne szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
 - c) orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy,
 - d) zaświadczenie o ukończonym szkoleniu bhp.

§2

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń, o których mowa w Umowie poza regulaminowymi godzinami pracy oraz w dni ustawowo wolne od pracy, zgodnie z ustalonym przez strony umowy harmonogramem na dany miesiąc, który określa dni i godziny ich wykonywania przez Przyjmującego zamówienie.

2. Terminy udzielania świadczeń, o których mowa powyżej, są ustalane co miesiąc przez strony umowy do dnia 20 każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc świadczenia usług.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do osobistego wykonywania przedmiotu niniejszej Umowy.
4. W uzasadnionych przypadkach Przyjmujący zamówienie po uzyskaniu akceptacji Udzielającego zamówienia, może powierzyć obowiązki wynikające z niniejszej Umowy osobie trzeciej, która w tym czasie będzie odpowiadała za prawidłowe funkcjonowanie Oddziału/realizowanie świadczeń stanowiących przedmiot Umowy.
5. W razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających wykonanie przedmiotu Umowy Przyjmujący zamówienie zgłasza ten fakt Udzielającemu zamówienia najpóźniej 3 dni przed terminem rozpoczęcia udzielania świadczeń, ustalonym w miesięcznym harmonogramie.
6. Zmiana terminu wykonywania świadczeń ustalonego w harmonogramie, o której mowa w § 2 pkt 5, może nastąpić wyłącznie za uprzednią pisemną zgodą Udzielającego zamówienia, na pisemny wniosek Przyjmującego zamówienie.
7. W razie zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności uniemożliwiających podjęcie świadczeń Przyjmujący zamówienie w porozumieniu z Udzielającym zamówienie ustala zastępstwo.
8. W przypadku odmowy udzielania świadczeń lub niestawiennictwa w miejscu ich udzielania zgodnie z ustanowionym grafikiem bez zapewnienia zastępstwa, Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną w wysokości 2.000 złotych (słownie złotych: dwa tysiące) za każde zdarzenie.
9. W przypadku samowolnego opuszczenia miejsca udzielania świadczeń Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu zamówienia karę umowną w wysokości 1.000 złotych (słownie złotych: jeden tysiąc) za każdy przypadek samowolnego opuszczenia.
10. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu zamówienia równowartości kar finansowych zastosowanych przez NFZ, które będą skutkiem naruszenia postanowień niniejszej Umowy, a w ich wyniku zaistnieje wadliwe wykonywanie lub wypełnianie warunków umowy z NFZ. Nałożone przez NFZ kary umowne, które nie będą konsekwencją niewłaściwej realizacji niniejszej Umowy w całości obciążają Udzielającego Zamówienia.
11. Zastosowanie kary umownej nie wyłącza dochodzenia przez Udzielającego zamówienia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kary umownej - do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody, na zasadach ogólnych, określonych przepisami Kodeksu cywilnego.
12. Kary umowne oraz odszkodowanie, o którym mowa w ust. poprzedzającym niniejszego paragrafu płatne będą w terminie 3 dni, licząc od dnia doręczenia Przyjmującemu zamówienie stosownej noty obciążeniowej na rachunek bankowy w niej wskazany.
13. Udzielający zamówienia ma prawo do potrącenia kar umownych z wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie, na co Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę.
14. Postanowienia dotyczące kar umownych obowiązują również w przypadku odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze Stron.

§3

Określenie trybu udzielania świadczeń zdrowotnych i sposobu podawania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych określa **załącznik nr 2** do niniejszej Umowy.

§4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich uzyskanych w trakcie realizowania przedmiotu Umowy informacji podlegających

- ochronie, w tym informacji organizacyjnych oraz innych ustaleń dotyczących Udzielającego zamówienia nie podanych do wiadomości publicznej.
2. W przypadku naruszenia obowiązku określonego w ust. 1 Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, a także dochodzić roszczeń na zasadach określonych w przepisach Kodeksu cywilnego.
 3. Kwestie związane z przetwarzaniem przez Przyjmującego zamówienie danych osobowych, reguluje odrębna umowa w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych.

§5

1. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i osób, na warunkach określonych przepisami prawa.
2. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek poddać się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienia oraz osoby przez niego upoważnione w zakresie wykonywania warunków niniejszej umowy, a w szczególności kontroli przebiegu wykonywania przedmiotu Umowy i jakości udzielanych świadczeń.

§6

1. Przyjmujący zamówienie otrzymuje wynagrodzenie z tytułu wykonywania przedmiotu niniejszej Umowy w wysokości zł brutto (słownie złotych) za godzinę wykonywania świadczeń, zł brutto (słownie złotych) za godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń medycznych /przewidziane w § 1 ust. 3 lit. c/.
2. W przypadku niewykonywania przedmiotu umowy przez Przyjmującego zamówienie z powodu jego nieobecności, bez względu na przyczynę tej nieobecności, zapłata nie przysługuje.

§7

1. Strony ustalają, że okresem rozrachunkowym jest jeden miesiąc kalendarzowy. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek złożenia faktury/rachunku wraz z harmonogramem udzielania świadczeń medycznych (załącznik nr 3) podpisanym przez Przyjmującego zamówienie oraz Kierownika Oddziału / ZLA do Sekretariatu Udzielającego zamówienia do 10 dnia kalendarzowego po zakończeniu okresu rozrachunkowego. Jeżeli dniem tym będzie dzień świąteczny lub wolny od pracy, następuje przesunięcie terminu do pierwszego, następującego po nim dnia roboczego. Dopuszczalne jest przesłanie faktury/rachunku z harmonogramem w formie elektronicznej na adres e-mail Udzielającego zamówienia: sekretariat@zozwloszczowa.pl
2. Należność za świadczenia przewidziane niniejszą Umową, zostanie wypłacona na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego zamówienie w terminie do ostatniego dnia następnego miesiąca po wykonaniu przedmiotu Umowy pod warunkiem dotrzymania przez Przyjmującego zamówienie terminu złożenia faktury/rachunku wraz z harmonogramem udzielania świadczeń medycznych (załącznik nr 3) określonego §7 ust. 2. W przypadku dostarczenia faktury/rachunku wraz z harmonogramem w późniejszym terminie, termin płatności będzie wynosił 30 dni od daty wpływu do Sekretariatu Udzielającego zamówienia prawidłowo sporządzonej faktury/rachunku wraz z harmonogramem udzielania świadczeń medycznych (załącznik nr 3). Za dzień spełnienia świadczenia pieniężnego uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienie. Za opóźnienie w wypłacie należności Przyjmującemu zamówienie przysługują odsetki w wysokości ustawowej.
3. Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje rozliczeń wynikających z przedmiotu Umowy, na podstawie odrębnych przepisów dotyczących osób prowadzących działalność gospodarczą i innych obowiązujących przepisów.

4. Zakazuje się – pod rygorem nieważności – dokonywania cesji należności wynikających z niniejszej Umowy, bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienia. Jeśli wynika to z przepisów prawa, za zgodę Udzielającego zamówienia uważa się również zgodę Podmiotu tworzącego.

§ 8

Umowa została zawarta na czas określony od dnia do dnia

§ 9

1. Strony przewidują możliwość rozwiązania niniejszej umowy w drodze porozumienia Stron w każdym czasie.
2. Umowa wygasa z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz w sytuacji określonej w § 12 ust. 2 Umowy.
3. Umowa może być rozwiązana przez Udzielającego zamówienia ze skutkiem natychmiastowym, gdy:
 - a) Przyjmujący zamówienie nie udokumentuje w terminie 7 dni od daty podpisania umowy zawarcia przez niego umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, z zastrzeżeniem, że umowa ubezpieczenia musi być zawarta najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego Przyjmujący zamówienie obowiązany jest do świadczenia usług w zakresie udzielonego zamówienia lub nie doręczy kopii nowej polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia stosownie do treści § 11 ust. 1 zd. 2,
 - b) Przyjmujący zamówienie utraci uprawnienia wymagane do wykonywania przedmiotu niniejszej Umowy,
 - c) Przyjmujący zamówienie dopuścił się umyślnego przestępstwa uniemożliwiającego dalsze wykonywanie umowy bądź rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy lub ogólnie przyjęte normy i zasady pracy w szpitalu przewidziane w stosownych aktach prawnych,
 - d) znajdą inne okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają dalsze wykonywanie umowy,
 - e) Przyjmujący zamówienie swoje prawa i obowiązki przeniósł w całości lub w części na osoby trzecie, nie uzyskawszy na to zgody Udzielającego zamówienia,
 - f) w wyniku kontroli wykonania umowy i realizacji zaleceń pokontrolnych oraz innych działań kontrolnych uregulowanych w odrębnych przepisach stwierdzono niewypełnianie warunków umowy lub wadliwe jej wykonanie, a w szczególności ograniczenie dostępności świadczeń, zawężanie ich zakresu i złą jakość świadczeń,
 - g) Narodowy Fundusz Zdrowia nie podpisze kontraktu z Udzielającym zamówienia,
 - h) Przyjmujący zamówienie nie dopełni obowiązków wynikających z niniejszej Umowy.
4. Strony ustalają, że Umowa może być rozwiązana z zachowaniem – miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca.

§ 10

1. Przyjmujący zamówienie prowadzi dokładną i systematyczną dokumentację medyczną i sprawozdawczość statystyczną na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz inną dokumentację wynikającą z organizacji oddziału. Dokumentacja medyczna, sprawozdawczość statystyczna stanowić będzie dla Udzielającego zamówienia informację o zakresie i sposobie realizacji Umowy.

2. Przyjmujący zamówienie zapłaci na rzecz Udzielającego zamówienia karę umowną w wysokości 2.000 złotych (słownie: dwa tysiące), za każdy stwierdzony przypadek niesystematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej, sprawozdawczości statystycznej lub innej dokumentacji, o czym mowa w ust. poprzedzającym niniejszego paragrafu. Postanowienia § 2 ust. 11-14 stosuje się odpowiednio.

§ 11

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych przez siebie usług oraz do utrzymania ubezpieczenia w całym okresie obowiązywania umowy. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu w trakcie obowiązywania niniejszej Umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy.
2. Strony umowy ustalają, że odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone osobie trzeciej w zakresie udzielonego zamówienia i realizowanego świadczenia zdrowotnego ponosić będą solidarnie, chyba, że szkoda wynikła z umyślnego zaniedbania swych obowiązków przez Przyjmującego zamówienie, lub rażącego naruszenia postanowień umowy. W przypadku takim odpowiedzialność za powstałą szkodę ponosi Przyjmujący zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za swoje działania lub zaniechania wyrządzające szkodę w majątku Udzielającego zamówienia na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.
4. W przypadku powstania szkody materialnej po stronie Udzielającego zamówienia spowodowanej działaniem lub zaniechaniem Przyjmującego zamówienie, Udzielający zamówienia ma prawo do potrącenia powstałych w ten sposób należności z wynagrodzenia należnego Przyjmującemu zamówienie, na co Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę.

§12

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają do swej ważności pisemnego aneksu.
2. W przypadku zmiany przepisów regulujących materię objętą Umową, przepisy bezwzględnie obowiązujące wprowadzone zostaną do Umowy w postaci aneksu. Brak zgody Przyjmującego zamówienie na ich wprowadzenie spowoduje wygaśnięcie Umowy.
3. Ewentualne spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej Umowy Strony próbować będą rozstrzygać polubownie. W przypadku, gdy próby polubownego rozstrzygnięcia sporu nie dadzą rezultatu właściwym sądem będzie sąd miejsca siedziby Udzielającego Zamówienia.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego oraz Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r. (t. j. Dz.U. 2025 r. poz. 450).

§ 14

Umowa wchodzi w życie z dniem

§ 15

Integralną część Umowy stanowią: Warunki współpracy Udzielającego zamówienia z Przyjmującym zamówienie (**załącznik nr 1**) oraz Tryb udzielania świadczeń zdrowotnych (**załącznik nr 2**) oraz Harmonogram udzielania świadczeń medycznych (załącznik nr 3).

§ 16

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Udzielający zamówienia, a jeden Przyjmujący zamówienie.

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Umowa użyczenia nr

zawarta w dniu pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym w Kielcach, X Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000057160, NIP 656-18-55-908, REGON 000304295, zwanym dalej „Użyczający”, reprezentowanym przez Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie, przy kontrasygnacie Głównego Księgowego,

a

Panią/Panem

zwaną dalej „Biorący w używanie”,

zwanymi dalej łącznie „Stronami”,

o następującej treści:

§1

Niniejsza Umowa użyczenia nr zostaje zawarta w związku z zawarciem Umowy kontraktowej o świadczenie usług medycznych nr z dnia

§2

Użyczający zezwala Biorącemu w używanie przez czas trwania umowy o świadczenie usług medycznych w ramach podpisanej umowy w na nieodpłatne używanie bazy lokalowej Udzielającego zamówienia, tj. pomieszczeń oraz aparatury oddziału i sprzętu medycznego będącego własnością Udzielającego zamówienia, jeżeli nie regulują tego odrębne zarządzenia.

§3

Korzystanie z rzeczy wymienionych w § 2 może odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń, zgodnie z Umową z dnia r. o świadczenie usług medycznych.

§4

1. Biorący w używanie zobowiązany jest używać użyczony sprzęt, aparaturę medyczną i lokal w sposób odpowiadający ich właściwościom i przeznaczeniu.
2. Bez zgody Użyczającego, Biorący w używanie nie może oddać użyczonego lokalu, sprzętu i aparatury medycznej osobie trzeciej do używania.

§5

Biorący w używanie jest odpowiedzialny za uszkodzenie bądź utratę rzeczy, jeżeli używa jej w sposób sprzeczny z jej właściwościami lub przeznaczeniem albo gdy nie będąc do tego upoważnionym oddaje ją osobie trzeciej, a nie uległaby ona utracie lub uszkodzeniu, gdyby używał ich w sposób właściwy albo gdyby zachował je u siebie.

§6

1. Biorący w używanie nie ponosi odpowiedzialności za zużycie aparatury i sprzętu medycznego, będące następstwem prawidłowego ich używania.

2. W przypadku niesprawności aparatury i sprzętu medycznego niezbędnego do realizacji przedmiotu umowy Biorący w używanie jest zobowiązany o tym fakcie niezwłocznie powiadomić Użyczającego.
3. Za szkody wynikłe z niesprawności aparatury i sprzętu medycznego ponosi odpowiedzialność Użyczający, w przypadku, gdy fakt ten został zgłoszony przez Biorącego w używanie, a awaria nie została usunięta.

§7

Konserwacja i naprawa lokalu, sprzętu, aparatury medycznej wynikająca ze zwykłych zasad eksploatacyjnych odbywa się na koszt Użyczającego.

§8

Biorący w używanie nie może wykorzystywać rzeczy oddanych mu w używanie na cele odpłatnego udzielania świadczeń, chyba że odpłatność ta wynika z innych przepisów i pobierana jest na koszt Użyczającego.

§9

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§10

Umowę niniejszą sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

BIORĄCY W UŻYWANIE

UŻYCZAJĄCY

Umowa NR
o powierzenie przetwarzania danych osobowych

zawarta w dniu we Włoszczowie pomiędzy:

1. Zespołem Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa, wpisanym przez Sąd Rejonowy w Kielcach, X Wydział Gospodarczy KRS do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem 0000057160, NIP: 656-18-55-908, reprezentowanym przez Dyrektora ZOZ Pana zwanym dalej w treści Umowy „Powierzającym”,

a

Panią/Panem
zwanym dalej w treści Umowy „Przetwarzającym”,

o następującej treści:

Zważywszy na okoliczność, iż:

- Strony niniejszej Umowy łączy zawarta w dniu roku umowa o świadczenie usług medycznych (dalej: Umowa podstawowa);
- Wykonanie postanowień Umowy podstawowej wiąże się z koniecznością powierzenia przez administratora (Powierzającego) do przetwarzania określonych danych osobowych Przetwarzającemu;
- przetwarzanie danych osobowych musi być zgodne z postanowieniami 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 („**RODO**”), a także innych przepisów regulujących materie związana z ochrona danych osobowych; postanawia się, jak niżej.

§ 1

Oświadczenia Stron

1. Powierzający oświadcza, że jest administratorem danych osobowych w rozumieniu wyżej powołanego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanego dalej „**RODO**” i powierza Przetwarzającemu przetwarzanie

danych osobowych objętych zbiorem obejmującym/-mi rodzaje danych osobowych wyszczególnione w załączniku nr 1 do umowy.

2. Przetwarzający oświadcza, iż wyraża zgodę na powierzenie danych osobowych objętych zbiorem/-ami danych osobowych, o których mowa w ust. poprzedzającym niniejszego paragrafu.
3. Przetwarzający oświadcza, że na podstawie Artykułu 32 RODO wdrożył stosowne procedury, a także środki techniczne, informatyczne i organizacyjne zapewniające należyte zabezpieczenie powierzonych mu do przetwarzania danych osobowych przed ich utratą, zniszczeniem, uszkodzeniem, zmianą, ujawnieniem oraz sprzecznym z prawem przetwarzanie tych danych.
4. Przetwarzający oświadcza, że przygotował stosowną dokumentację wymaganą od podmiotu, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z postanowieniami RODO i innych powszechnie obowiązujących przepisów.

§ 2

Zakres i cel przetwarzania danych osobowych

1. Przetwarzający może przetwarzać dane osobowe przekazane przez Powierzającego wyłącznie w określonym niniejszą Umową zakresie i celu, niezbędnym do realizacji Umowy podstawowej określonym w niniejszej umowie.
2. Z tytułu realizacji obowiązków wynikających z niniejszej Umowy, Przetwarzającemu nie przysługuje dodatkowe wynagrodzenie ani prawo do domagania się podwyższenia wynagrodzenia wynikającego z Umowy podstawowej.
3. Dane osobowe będą przetwarzane przez Przetwarzającego jedynie na pisemne polecenie lub zgodnie z pisemnymi instrukcjami Powierzającego.

W przypadku wątpliwości co do zgodności z prawem wydanych przez Powierzającego poleceń lub instrukcji, Przetwarzający natychmiast poinformuje Powierzającego o stwierdzonej wątpliwości (w sposób udokumentowany i z uzasadnieniem), pod rygorem utraty możliwości dochodzenia jakichkolwiek roszczeń przeciwko Powierzającemu z tego tytułu.

4. Przetwarzający deklaruje, że nie będzie przetwarzać danych osobowych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym bez uprzedniej pisemnej zgody Powierzającego i na wskazanych przez niego na piśmie warunkach.

§ 3

Obowiązki Przetwarzającego

1. Przetwarzający ograniczy wykorzystanie przekazanych danych wyłącznie do przetwarzania w zakresie oraz w celu określonym w § 2 ust. 1 niniejszej Umowy.
2. Zgodnie z oświadczeniem zawartym w §1 ust. 4 niniejszej Umowy, Przetwarzający prowadzić będzie rejestr wszystkich kategorii czynności przetwarzania dokonywanych w imieniu Powierzającego, zgodnie z Artykułem 30 ust. 2 RODO.
3. Przetwarzający zobowiązany jest do współpracy z Powierzającym przy wykonywaniu przez niego obowiązków związanych z danymi osobowymi i ich ochroną, o których mowa w Artykułach 32-36 RODO, a także do współpracy z organem nadzorczym, w ramach wykonywanych przez niego zadań.
4. Na każde pisemne żądanie Powierzającego, Przetwarzający zobowiązany jest poddać się stosownej kontroli/audytowi/inspekcji w zakresie jego działań związanych z przetwarzaniem danych osobowych. Kontrola/audyt/inspekcja może obejmować wszelkie aspekty dotyczące realizacji przez Przetwarzającego postanowień niniejszej Umowy, RODO oraz innych przepisów związanych z ochroną danych osobowych i upoważnia osoby kontrolujące/audytujące/inspektorów do m.in. wglądu we wszelką dokumentację, domagania się wyjaśnień oraz wstępu do pomieszczeń Przetwarzającego.
5. Przetwarzający ma obowiązek na każde pisemne żądanie Powierzającego, udzielić mu w wyznaczonym terminie pisemnych wyjaśnień związanych z realizacją przedmiotu Umowy, w tym w szczególności w zakresie stosowanych procedur, środków technicznych, informatycznych i organizacyjnych oraz personelu przetwarzającego powierzone dane osobowe i jego kwalifikacji.
6. Przetwarzający zobowiązuje się do szczególnej ochrony przekazanych mu do przetworzenia danych, do zachowania ich w tajemnicy i nieprzekazywania ich osobom trzecim, jak również po zakończeniu Umowy do ich zwrotu Powierzającemu lub do trwałego ich zniszczenia, w zależności od decyzji Powierzającego w tym przedmiocie. Powierzający może, jednakże zachować sobie kopie przekazanej dokumentacji oraz inne nośniki, jeśli możliwość takowa wynika z przepisów prawa.

§4

Zgłaszanie naruszeń

1. Przetwarzający jest zobowiązany do niezwłocznego – nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od powzięcia wiadomości – powiadomienia Powierzającego o każdym podejrzeniu naruszenia lub naruszeniu ochrony danych osobowych.
2. Informacja, o której mowa w ust. poprzedzającym niniejszego paragrafu winna zawierać wszelkie dane (oraz dokumenty) umożliwiające Powierzającemu spełnienie obowiązku powiadomienia organu nadzorczego, w tym w szczególności: opis charakteru naruszenia lub podejrzenia naruszenia ochrony danych, a także opis rodzaju danych osobowych ze wskazaniem jakich osób lub grup osób naruszenie to dotyczy lub może dotyczyć.
3. Przetwarzający jest zobligowany do umożliwienia Powierzającemu uczestniczenia we wszelkich czynnościach wyjaśniających i dokonanych ustaleniach, a także do wskazania wszelkich zastosowanych środków minimalizujących skutki naruszeń oraz propozycji środków zapobiegających tym naruszeniom w przyszłości.

§5

Podpowierzenie przetwarzania danych osobowych

1. Umowa podpowierzenia przez Przetwarzającego przetwarzania danych osobowych osobie trzeciej, wymaga do swej ważności uprzedniej zgody Powierzającego.
2. Przetwarzający jest zobowiązany do przedstawienia Powierzającemu stosownego projektu umowy podpowierzenia, do którego Powierzający może zgłosić stosowne zmiany dotyczące postanowień związanych z ochroną danych osobowych. Przetwarzający ma obowiązek uwzględnić zgłoszone przez powierzającego zmiany, chyba że są one niezgodne z obowiązującym prawem.
3. Jeśli Powierzający nie zgłosi - w terminie 3 dni roboczych od przedstawienia mu przez Przetwarzającego projektu umowy podpowierzenia przetwarzania danych osobowych lub projektu umowy w tym przedmiocie uwzględniającego zgłoszone przez Przetwarzającego propozycje zmian - żadnych zastrzeżeń, uważa się, że zgoda na zawarcie umowy została wydana.
4. Przetwarzający jest zobowiązany do zapewnienia, aby osoba trzecia (podmiot), której podpowierzy przetwarzanie danych osobowych, stosować będzie tożsamy do niego poziom ochrony danych osobowych.
5. Postanowienia ust.1-3 stosuje się odpowiednio do modyfikacji umowy w sprawie podpowierzenia przetwarzania danych osobowych.

§6

Odpowiedzialność

1. Przetwarzający odpowiada za szkody spowodowane przetwarzaniem naruszającym postanowienia RODO, nakładające obowiązki bezpośrednio na niego lub gdy działał poza zgodnymi z prawem instrukcjami Powierzającego lub wbrew tym instrukcjom.
2. Przetwarzający odpowiada wobec Powierzającego za szkody spowodowane zastosowaniem lub niezastosowaniem właściwych środków bezpieczeństwa.
3. Przetwarzający ponosi odpowiedzialność za działania i zaniechania własne oraz swoich pracowników (zleceniobiorców), tak jak za działania i zaniechania własne.
4. Przetwarzający ponosi wobec Powierzającego odpowiedzialność solidarną z osobą trzecią, której podpowierzył przetwarzanie danych osobowych. Stosowne postanowienia w tym zakresie winny znaleźć się w umowie zawartej z osobą trzecią.
5. Postanowienia ust.4 powyżej stosuje się odpowiednio do dalszych umów w przedmiocie podpowierzenia przetwarzania danych osobowych.
6. Przetwarzający zapłaci na rzecz Powierzającego karę umowną w wysokości odpowiadającej karze administracyjnej, o której mowa w Artykule 83 RODO lub wysokości zasądanego odszkodowania na podstawie Artykułu 82 RODO, jeśli jest to skutkiem działania lub zaniechania Przetwarzającego. Kara płatna będzie w terminie 7 dni licząc od dnia otrzymania stosownej noty, na rachunek bankowy wskazany w jej treści.
7. Powierzający może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych, jeżeli wysokość poniesionej szkody przekroczy wysokość zastrzeżonej kary umownej.
8. Zastrzeżenie kar umownych pozostaje w mocy pomimo rozwiązania, wygaśnięcia lub odstąpienia od niniejszej Umowy z jakiegokolwiek tytułu.

§7

Okres obowiązywania Umowy

Umowa została zawarta na czas obowiązywania Umowy podstawowej i wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia jej zawarcia.

§ 8

Sprawy sądowe

1. Strony zobowiązują się do wykorzystania wszelkich środków w celu ugodowego załatwiania spraw spornych, w tym rozbieżności powstałych w związku z interpretowaniem i wykonywaniem postanowień niniejszej Umowy.

2. W przypadku niemożliwości ugodowego załatwienia sporu strony poddają jego rozstrzygnięcie sądowi właściwemu dla siedziby Powierzającego.

§ 9

Klauzula tajności

1. Strony zobowiązują się do potraktowania treści niniejszej Umowy i informacji uzyskanych w trakcie jej wykonywania jako tajemnicę przedsiębiorstwa.
2. Obowiązek zachowania w tajemnicy treści niniejszej Umowy, jak i informacji uzyskanych w trakcie jej wykonywania nie jest ograniczony w czasie i wiąże Strony także po rozwiązaniu Umowy.

§ 10

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, przepisy wykonawcze do tej ustawy, a także przepisy kodeksu cywilnego.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej (aneks).
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

P O W I E R Z A J Ą C Y

P R Z E T W A R Z A J Ą C Y

Załącznik nr 1 do Umowy Nr/2025/SP

W Y K A Z
ZBIORÓW DANYCH OSOBOWYCH
przetwarzanych przez lek.

LP.	NAZWA ZBIORU DANYCH OSOBOWYCH	SYMBOL ZBIORU
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		