

WARUNKI KONKURSU OFERT

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Skale
ul. Słomnicka 69
32 – 043 Skala**

na podstawie art. 26 ust. 3 w związku z art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej* ogłasza konkurs ofert na udzielenie zamówienia na **świadczenia zdrowotne z zakresu neurologii w Poradni Neurologicznej SPZOZ w Skale.**

I. Przedmiot konkursu ofert

1. Przedmiotem konkursu ofert są świadczenia zdrowotne z zakresu neurologii udzielane w trybie ambulatoryjnym w SPZOZ w Skale (zwanym dalej również Udzielającym zamówienia), przez jednego lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii, zwane dalej świadczeniami zdrowotnymi.

W związku z art. 50a Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* (tj.: Dz. U. z 2021 r., poz. 790), do konkursu ofert nie mogą przystąpić lekarze wykonujący działalność leczniczą jako grupowa praktyka lekarska.

Zamawiający – ze względu na charakter i organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - dopuszcza do udziału w konkursie wyłącznie Oferentów, którzy prowadzą działalność leczniczą w formie wskazanej w art.5 ust.2 pkt 1 ppkt a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej*, przy czym Oferent na dzień podpisania umowy nie może pozostawać z SPZOZ w Skale w stosunku pracy, w ramach którego wykonuje obowiązki pracownicze tożsame z obowiązkami Oferenta wskazanymi w niniejszych Warunkach Konkursu Ofert.

2. W ramach udzielania świadczeń zdrowotnych Oferent zobowiązany będzie do:
 - 1) świadczenia usług konsultacji lekarskich,
 - 2) wykonywania zabiegów diagnostycznych i leczniczych w zakresie poradni neurologicznej,
 - 3) prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i papierowej zgodnie z aktualnie obowiązującymi w SPZOZ w Skale regulacjami wewnętrznymi oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - 4) prowadzenie dokumentacji statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 5) bieżącego informowania Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o istotnych zdarzeniach, które miały miejsce podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Skale.

Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą realizowane zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa, w szczególności Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* oraz Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*.

3. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych:

Świadczenia zdrowotne będą udzielane w Przychodni Rejonowej w Skale, przy ul. Słomnickiej 69, 32-043 Skała.

4. Oferent zapewni przez cały okres wykonywania świadczeń::
 - 1) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami,
 - 2) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją przedmiotu konkursu,
 - 3) odzież i obuwie ochronne.

5. Pomieszczenia/sprzęt/materiały zapewniane przez SPZOZ w Skale:
W celu realizacji przedmiotu konkursu SPZOZ w Skale zapewni:
 - 1) obsługę pomocniczego personelu medycznego zgodnie z właściwymi przepisami prawa,
 - 2) sprzęt i aparaturę medyczną, materiały medyczne i środki farmaceutyczne zgodnie z właściwymi przepisami prawa,
 - 3) obsługę administracyjną i gospodarczą,
 - 4) pomieszczenia wraz z wyposażeniem w środki łączności oraz materiały biurowe (w tym pieczętki SPZOZ w Skale),
 - 5) dostęp do zasobów sieci wewnętrznej SPZOZ w Skale,
 - 6) przydzielenie uprawnień w systemie informacji medycznej SPZOZ w Skale – część medyczna.

II. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert

1. Okres realizacji świadczeń zdrowotnych: **20.05.2022 r. – 31.12.2024 r.**
2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: 20.05.2022 r.
3. Dni i godziny, w których będą realizowane świadczenia zdrowotne:

Świadczenia zdrowotne będą udzielane 2 dni w tygodniu – w poniedziałek oraz we wtorek po 6 godzin dziennie (preferowane: 9.00-15.00) wg ustalonego pomiędzy Oferentem i SPZOZ w Skale harmonogramu - przed podpisaniem umowy.

III. Informacje ogólne

1. Wyjaśnienia dotyczące Warunków Konkursu Ofert (WKO) udzielane będą przez Udzielającego zamówienia na podstawie pisemnego wniosku otrzymanego od Oferenta.
2. W niniejszym postępowaniu wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Udzielający zamówienia oraz Oferenci przekazują pisemnie drogą mailową.
3. Oferenci mogą składać pytania dotyczące konkursu ofert do dnia 19.04.2022 roku do godziny 9.00 na adres mailowy: biuro@przychodnia-skala.pl.
4. Odpowiedzi na pytania skierowane przez Oferentów do Udzielającego zamówienia dotyczące konkursu ofert, Udzielający zamówienia będzie zamieszczał na swojej stronie internetowej: przychodnia-skala.pl
5. Oferent pozostaje związany złożoną ofertą przez **30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia: przychodnia-skala.pl.
7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo przesunięcia terminu składania ofert.
8. Warunki Konkursu Ofert wraz z załącznikami (w tym projektem umowy) są dostępne w siedzibie Udzielającego zamówienia – Skała, ul. Słomnicka 69, pok. nr 17, w godzinach: 09:00-14:00, bądź ww. dokumenty można pobrać ze strony internetowej SPZOZ w Skale: przychodnia-skala.pl.

IV. Przygotowanie oferty

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu ofert jest złożenie oferty w formie pisemnej zgodnie z pobranymi materiałami konkursowymi.
2. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, w sposób przejrzysty i czytelny oraz zawierać wszelkie wymagane dokumenty i oświadczenia.
3. Wszystkie dokumenty tworzące ofertę powinny być ponumerowane i podpisane przez osobę upoważnioną.
4. Ofertę składa się w miejscu i czasie określonym w Warunkach Konkursu Ofert.
5. Konkurs ofert jest ważny choćby wpłynęła tylko jedna oferta spełniająca warunki konkursu ofert.

V. Wskazanie dokumentów, które powinna zawierać Oferta

Oferta powinna zawierać:

1. Formularz oferty podpisany przez Oferenta – załącznik nr 1 do WKO.
2. Oświadczenie Oferenta – załącznik nr 2 do WKO.
3. Oświadczenie Oferenta o braku przeszkód do zawarcia umowy - załącznik nr 3 do WKO.
4. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej bądź innego właściwego rejestru.
5. Parafowany projekt umowy stanowiący załącznik nr 4 do WKO.
6. Kopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* lub oświadczenie o przekazaniu Udzielającemu zamówienie polisy na okres obowiązywania umowy w terminie 14 dni od dnia podpisania umowy – zgodnie z załącznikiem nr 2 do WKO.
7. Dyplom ukończenia studiów.
8. Prawo wykonywania zawodu.
9. Dyplom specjalizacji w zakresie neurologii lub dokument potwierdzający zdanie egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie neurologii.

VI. Kryterium i sposób oceny ofert

Przy wyborze oferty Udzielający zamówienia będzie kierował się kryterium ceny za jeden punkt rozliczeniowy, określonej jako % udział w cenie wskazanej dla świadczeń z zakresu neurologii w umowie, jaką zawarł Udzielający zamówienia z MOW NFZ - **100% wagi**.

Liczba punktów za powyższe kryterium uzyskana przez Oferentów zostanie ustalona według poniższego wzoru:

$$C = [(CN/CX) \times 100] \times 100\%$$

gdzie:

C - liczba punktów za kryterium cena

CN - najniższa cena za jeden punkt rozliczeniowy w ujęciu procentowym

CX - cena za jeden punkt rozliczeniowy w ujęciu procentowym ocenianej oferty

Oferta, której cena za jeden punkt rozliczeniowy w ujęciu procentowym za realizację świadczenia zdrowotnego będzie najniższa, uzyska maksymalną liczbę punktów za kryterium cena, tzn. 100.

Ilość punktów uzyskana przez Oferenta zostanie obliczona z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

VII. Miejsce i termin składania ofert

Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie z napisem: „**Konkurs – świadczenia zdrowotne z zakresu neurologii**” oraz oznaczeniem nazwy i adresu Oferenta w

siedzibie SPZOZ w Skale – Skała, ul. Słomnicka 69, do dnia **19.04.2022 roku do godz. 12.00.**

VIII. Miejsce i termin otwarcia ofert

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie SPZOZ w Skale – Skała, ul. Słomnicka 69, p. 10, dnia 20.04.2022 roku o godz. 10.00

IX. Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami oraz udzielania wszelkich wyjaśnień związanych z konkursem ofert:

Katarzyna Rojek, tel. 533 400 340, w godz. 9.00 do 15.00

X. Konkursu ofert zostanie rozstrzygnięty w siedzibie SPZOZ w Skale w ciągu 7 dni od upływu terminu składania ofert.

XI. Środki odwoławcze

Umotywowane protesty i odwołania dotyczące konkursu ofert należy składać w formie pisemnej w siedzibie SPZOZ w Skale zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*:

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu ofert, Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
2. Oferent może złożyć do kierownika Udzielającego zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.
3. W okresie od wniesienia do rozpatrzenia odwołania Udzielający zamówienia nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnej.
4. W przypadku uwzględnienia odwołania, konieczne jest powtórzenie konkursu ofert.

Marzena Grochowska - Dyrektor

.....
w imieniu Udzielającego zamówienia

Skala, 12.04.2022 r.

FORMULARZ OFERTY

1. Imię i nazwisko Oferenta:

.....

2. Nazwa, pod którą Oferent prowadzi działalność leczniczą:

.....

3. Adres Oferenta:

.....

4. Adres Oferenta do korespondencji (jeśli inny niż adres wskazany w pkt 3):

.....

5. NIP:

6. REGON:

7. Numer telefonu kontaktowego do Oferenta:

.....

8. Osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta w tym składania w jego imieniu oświadczeń woli:

.....

.....

9. Cena za jeden punkt rozliczeniowy w ujęciu procentowym za realizację świadczeń zdrowotnych:

(słownie:%)

10. Numer rachunku bankowego Oferenta, na który Udzielający zamówienia będzie dokonywał zapłaty wynagrodzenia w przypadku wyboru oferty złożonej przez Oferenta oraz podpisania umowy na świadczenia zdrowotne:

.....

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że posiadam wszelkie wymagane prawem kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę neurologa, zgodnie z wymogami Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy wskazanej w pkt 3 powyżej na okres: **20.05.2022 r. – 31.12.2024 r.**
5. Oświadczam, że uważam się za związanego/-ną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
Oświadczam, że w przypadku wyboru złożonej przeze mnie oferty zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, na okres obowiązywania umowy wskazany w pkt 4 powyżej oraz przekazać Udzielającemu zamówienia kopię polisy OC w terminie 14 dni od dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie*
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Oświadczam, że dane zawarte w dokumentach dołączonych do złożonej przez mnie oferty są aktualne na dzień składania ofert.

.....
data i podpis Oferenta

*Niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r., poz. 97 z późn. zm.), uniemożliwiająca realizację umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

.....
data i podpis Oferenta

*Niepotrzebne skreślić

UMOWA Nr/K/2022

o udzielanie świadczeń zdrowotnych

zawarta w Skale, w dniu pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Skale, ul. Słomnicka 69, 32-043 Skala, wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej pod numerem 000000006427, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Krakowa Śródmieścia w Krakowie, Wydział XI Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego i wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych organizacji społecznych i zawodowych, Fundacji, Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000014082, reprezentowanym przez Dyrektora – **Marzenę Grochowską**, zwanym w dalszej treści umowy „**Udzielającym zamówienia**” ,

a **lek. med.**, posiadającą prawo wykonywania zawodu nr, zam/....., prowadzącym..... praktykę lekarską na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w, Nr księgi zwanym w dalszej treści umowy „**Przyjmującym zamówienie**”.

§ 1

1. Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie neurologii na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:
 - a) świadczenia usług konsultacji lekarskich w zakresie lekarza poradni neurologicznej,
 - b) wykonywania zabiegów diagnostycznych i leczniczych w zakresie poradni neurologicznej,
 - c) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
3. Świadczenia te udzielane będą wyłącznie na rzecz pacjentów zarejestrowanych przez Udzielającego zamówienia w sposób zwyczajowo przyjęty u Udzielającego zamówienia. Udzielający zamówienia zobowiązany jest dostarczać Przyjmującemu zamówienie listy zarejestrowanych pacjentów, w takim trybie, by możliwym była należyta realizacja umowy przez Przyjmującego zamówienie.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania umowy z należyłą starannością i oświadcza, że posiada wszelkie niezbędne uprawnienia i kwalifikacje do jej realizacji.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania umowy zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób - zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza.
3. Przyjmujący zamówienie będzie realizował usługi określone w § 1 w sposób całkowicie samodzielny i niezależny od Udzielającego zamówienia, w szczególności co do wyboru metody terapeutycznej oraz nadzoru nad czynnościami innego personelu pozostającego w trakcie udzielania świadczeń pod nadzorem Przyjmującego zamówienie.

§ 3

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że stan jego zdrowia pozwala na wykonywanie świadczeń zdrowotnych i posiada aktualne badania lekarskie.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów wewnętrznych, w tym w szczególności zasad udzielania świadczeń określonych w Regulaminie Organizacyjnym.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania obowiązujących u Udzielającego zamówienia przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów o ochronie przeciwpożarowej.

§ 4

1. Czynności objęte umową wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia, w budynku SPZOZ w Skale, przy ul. Słomnickiej 69 w terminach określonych w harmonogramie udzielania świadczeń zdrowotnych, stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Planowaną nieobecność Przyjmujący zamówienie jest obowiązany uzgodnić z kierownikiem Udzielającego zamówienia co najmniej 3 tygodnie wcześniej. W razie nieprzewidywalnych zdarzeń losowych dopuszcza się zgłoszenie nieobecności 1 dzień wcześniej lub najpóźniej w tym samym dniu rano.
3. Udzielający zamówienia zapewnia, że pomieszczenia, w których wykonywana będzie umowa, ich wyposażenie, sprzęt i aparatura medyczna, która wykorzystywana będzie przez Przyjmującego zamówienie, spełniają wszelkie prawem przewidziane wymogi do udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że znany jest mu stan pomieszczeń oraz stan wyposażenia, sprzętu i aparatury medycznej, o której mowa w ustępie poprzedzającym i nie wnosi co do nich żadnych zastrzeżeń.

§ 5

1. Przy wykonywaniu umowy, Przyjmujący zamówienie może korzystać z pomocy osób zatrudnionych przez Udzielającego zamówienia.
2. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do dostarczania Przyjmującemu zamówienie wszelkich dokumentów w oryginałach lub kserokopiach, niezbędnych dla prawidłowego wykonywania umowy.

§ 6

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. W sytuacjach wyjątkowych możliwe jest powierzenie wykonania świadczeń zdrowotnych osobie trzeciej, jednak wyłącznie za zgodą Udzielającego zamówienia wyrażoną na piśmie, wówczas za działania lub zaniechania tej osoby oraz wyrządzone przez nią szkody, Przyjmujący zamówienie odpowiada jak za własne działania lub zaniechania.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w trakcie wykonywania umowy. Postanowienia umowy objęte są tajemnicą.
2. W przypadku naruszenia postanowień ust.1 Udzielający może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym.

§ 8

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:

- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych,
 - 2) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych,
 - 3) przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o realizacji wykonywania umowy w sposób i w układzie przez niego ustalonym.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli realizacji umowy na żądanie Udzielającego zamówienia.
 3. Przyjmujący zamówienie nie może prowadzić działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienie rozumianej jako podejmowanie na terenie Miasta i Gminy Skała czynności zarobkowych na własny rachunek lub na rachunek osoby trzeciej, których zakres pokrywa się całkowicie lub częściowo z zakresem działalności Udzielającego zamówienia.

§ 9

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń określonych niniejszą umową ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, zarówno w zakresie odpowiedzialności kontraktowej jak i odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych, za szkody wyrządzone w związku z czynnościami, będącymi przedmiotem niniejszej umowy i zobowiązuje się do utrzymywania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy. Ubezpieczenie obejmować musi odpowiedzialność z tytułu zakażenia chorobami zakaźnymi, w tym HIV i WZW.
3. Strony postanawiają, że suma gwarancyjna ubezpieczenia, o którym mowa w ustępie poprzedzającym wynosić musi co najmniej 75.000,00 euro (słownie: siedemdziesiąt pięć tysięcy euro) w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro (słownie: trzysta pięćdziesiąt tysięcy euro) w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC.
4. Kopia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 2 i 3, stanowi załącznik nr 2 do umowy.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania polisy ubezpieczeniowej przez cały okres obowiązywania umowy oraz każdorazowego przekazywania kopii Udzielającemu zamówienia po jej zawarciu.

§ 10

1. Za realizację świadczeń określonych w § 1 Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie kwotę wynikającą z ilości wypracowanych przez Przyjmującego zamówienie punktów rozliczeniowych pomnożonej przez% ceny jednego punktu rozliczeniowego, określonej dla świadczeń z zakresu neurologii w umowie, jaką zawarł Udzielający zamówienia z MOW NFZ, z zastrzeżeniem ust.2.
2. Ilość wykazanych do zapłaty punktów rozliczeniowych nie może przekroczyć procentowego udziału wypracowanych przez Przyjmującego zamówienie punktów w ilości punktów wypracowanych przez wszystkie osoby realizujące świadczenia w tym samym zakresie, pomnożonego przez ilość punktów w umowie jaką zawarł Udzielający zamówienia z MOW NFZ.
3. Strony umowy zastrzegają, że w przypadku gdy Udzielający zamówienia nie otrzyma wynagrodzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia, Przyjmujący zamówienie nie nabywa prawa do wynagrodzenia z tytułu wykonanych usług aż do czasu dokonania zapłaty przez ww. podmiot.
4. W przypadku, gdy Udzielający zamówienia zobowiązany zostanie do zapłaty kary umownej z tytułu okoliczności, za które odpowiada Przyjmujący zamówienie lub do zwrotu w całości lub w

części wynagrodzenia otrzymanego od NFZ, które zostało wypłacone Przyjmującemu zamówienie na zasadach określonych w tym paragrafie - Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zwrotu Udzielającemu zamówienia kwoty nałożonej kary umownej lub otrzymanego wynagrodzenia również w całości lub w części, w ciągu 7 dni od dnia wezwania go do zwrotu.

§ 11

1. Podstawą wypłaty należności jest rachunek/faktura VAT, wystawiony przez Przyjmującego zamówienie na ostatni dzień danego miesiąca i dostarczony do 7 dni po zakończeniu miesiąca.
2. Wypłata należności nastąpi na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego zamówienie.
3. Należność za wykonane usługi zostanie przekazana w terminie 21 dni licząc od daty wpływu prawidłowo wystawionego rachunku/faktury VAT.
4. Za dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia

§ 12

Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia** **r. do dnia**r.

§ 13

Jeśli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegotjację warunków umowy lub skrócenia jej obowiązywania.

§ 14

1. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 1-miesięcznym wypowiedzeniem złożonym na piśmie.
2. Niniejsza umowa może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron .

§ 15

Udzielający zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym w razie:

- 1) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień do wykonywania zawodu,
- 2) popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług przez Przyjmującego zamówienie, jeśli popełnienie przestępstwa zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem lub jest oczywiste,
- 3) nieprzekazywania w odpowiednim terminie przez Przyjmującego zamówienie, wymaganych sprawozdań i informacji,
- 4) uzasadnionych skarg pacjentów dotyczących Przyjmującego zamówienie, gdy wynikają one z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
- 5) nienależytego udzielania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie lub ograniczenia ich zakresu,
- 6) naruszenia przez Przyjmującego zamówienie innych istotnych postanowień niniejszej umowy
- 7) nie przedstawienia w ciągu 14 dni od daty podpisania umowy polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

§ 16

Przyjmujący zamówienie rozlicza się osobiście z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

§ 17

Wszelkie zmiany umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych umową, zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych oraz umowy z NFZ.
2. Ewentualne spory stron będzie rozstrzygać Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienie.

§ 19

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1 - Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych

Załącznik nr 2 – Polisa ubezpieczeniowa

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

Załącznik nr 1 do umowy Nr/K/..... z dnia r.

Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych

Lek. med. –

Lp.	Dzień tygodnia	Godziny udzielania świadczeń
1.	poniedziałek
	wtorek

Udzielający zamówienia

Przyjmujący zamówienie

