

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
na wykonywanie badań w roku 2025/2026
dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach

I. PODSTAWA PRAWNA

1. Postępowanie konkursowe jest prowadzone na zasadach określonych w art. 26 i dalszych ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2025 r., poz. 450).
2. Szczegółowe warunki konkursu ofert oraz szczegółowe informacje o przedmiocie konkursu ofert – zwane dalej „szczegółowymi warunkami” – określają wymagania stawiane Oferentom, tryb składania ofert, sposób przeprowadzania konkursu oraz zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z tymi czynnościami.
3. Oferent w celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach.
4. Organizatorem konkursu ofert poprzedzającego zawieranie umów na świadczenia zdrowotne jest Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych, ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice, tel.(032)255-22-26, zwany dalej Zamawiającym.

II. PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem konkursu jest wykonywanie świadczeń medycznych w następujących Poradniach ZWPS:

Lp.	Miejsce udzielania świadczeń (nazwa poradni, pracowni itp.)	Wykonawca	Rodzaj wykonywanych świadczeń	Ilość świadczeń (punktów, konsultacji itp.) na okres od 01.06.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.
1	Poradnia Dermatologiczna dla Dzieci	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punktu specjalistyczne	91 000
2	Poradnia Hematologiczna dla Dzieci	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punkty specjalistyczne	36 400
3	Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punkty specjalistyczne	102 200
			konsultacje medyczne	2
4	Poradnia Leczenia Bólu	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punkty specjalistyczne	112 000
			konsultacje medyczne	1
5	Poradnia Chorób Naczyń	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punkty specjalistyczne	22 813
			konsultacje medyczne	2

Lp.	Miejsce udzielania świadczeń (nazwa poradni, pracowni itp.)	Wykonawca	Rodzaj wykonywanych świadczeń	Ilość świadczeń (punktów, konsultacji, badań itp.) na okres od 01.06.2025 r. do dnia 31.12.2026 r.
1	Zakład Patomorfologii	Lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.12.2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii	badanie makroskopowe	20 900
			badanie mikroskopowe histopatologiczne	4 180
			badanie mikroskopowe cytologiczne	760

*ilość zamawianych pkt/konsultacji uzależniona jest od rzeczywistych potrzeb Zamawiającego

2. Wszystkie świadczenia w w/w poradniach muszą być udzielane w siedzibie i przy użyciu infrastruktury Zamawiającego.

III. CZAS TRWANIA UMOWY

1. Umowy zostaną zawarte na czas określony. Dla Poradni Dermatologicznej dla Dzieci, Poradni Hematologicznej dla Dzieci, Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci, Poradni Leczenia Bólu oraz Poradni Chorób Naczyni: : od 01.06.2025 r. do 31.12.2025 r.
Dla Zakładu Patomorfologii : od 01.06.2025 r. do 31.12.2026 r.

2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń ustala się na dzień 01.06.2025 r.

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie Zamawiającemu oferty w formie pisemnej, przygotowanej zgodnie z wzorami zamieszczonymi w materiałach konkursowych.
2. Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w szczegółowych warunkach.
3. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponoszą Oferenci.
4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny oraz zawierać wszystkie wymagane w szczegółowych warunkach dokumenty i oświadczenia.
5. Wymagane jest, aby wszystkie strony oferty były trwale spięte w sposób zapobiegający zdekompletowaniu.
6. Oferta pod rygorem odrzucenia musi być napisana w języku polskim oraz podpisana przez Oferenta.
7. Ofertę może złożyć wyłącznie taki Oferent, z którym Zamawiający nigdy nie rozwiązał umowy o pracę w trybie art. 52 Kodeksu Pracy oraz wobec którego nie orzeczono zakazu lub zawieszenia w prawach wykonywania zawodu.
8. Ofertę wraz z wszystkimi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej następującymi napisami:
 - pełna nazwa oferenta zgodna z zapisem we właściwym rejestrze (dopuszcza się odcisk stempla),
 - adres jego siedziby,
 - opis:

Konkurs ofert na wykonywanie świadczeń medycznych

W

**dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
w Katowicach**

Numer sprawy: ZWPS / KŚZ / 7 / 2025

V. WYMAGANE DOKUMENTY I OŚWIADCZENIA

1. Na ofertę składają się:
 - a) dane o Oferencie (załącznik nr 1)
 - imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
 - nazwę i siedzibę podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz numer wpisu do rejestru (RPWDL),
 - b) kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych (załącznik nr 1),
 - c) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia (załącznik nr 2),
 - d) oferta cenowa (załącznik nr 3),
 - e) odpis odpowiednio z rejestru sądowego, albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej,
 - f) wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę/zaświadczenie z właściwego organu samorządu lekarskiego,
 - g) dyplom ukończenia studiów wyższych lub dyplom ukończenia szkoły potwierdzający kwalifikacje zawodowe,
 - h) prawo wykonywania zawodu i specjalizacja z oferowanego zakresu (jeśli dotyczy),
 - i) Wykonawcy zobowiązani są do wypełnienia oświadczenia (załącznik nr 4).
W przypadku Wykonawców udzielających świadczenia osobom małoletnim wymagana jest informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art.207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
2. Oferent może złożyć inne dokumenty i oświadczenia mogące mieć, jego zdaniem wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.
3. Dopuszcza się kserokopie dokumentów, o których mowa w ust. 1 lit. e-h. Każda kserokopia dla swej ważności musi być poświadczona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
4. Każda strona oferty musi być podpisana przez Oferenta.
5. Zamawiający odrzuci ofertę:
 - 1) złożoną przez oferenta po terminie;
 - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
 - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych;
 - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

- 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
- 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Zamawiającego.

W przypadku gdy braki, o których mowa, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.

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 pod rygorem odrzucenia oferty.

VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisami określonymi w pkt. IV ust. 8 niniejszych szczegółowych warunków konkursu należy złożyć / lub przesłać pocztą / **do dnia 21.05.2025r. do godz. 10⁰⁰** w sekretariacie ZWPS, pok. 323, ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice.
2. Zamawiający będzie traktować ofertę przesłaną pocztą, jako złożoną w terminie wyłącznie wówczas, gdy zostanie doręczona Zamawiającemu do dnia **21.05.2025r. do godz. 10⁰⁰**. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zamawiający przed końcowym terminem składania ofert może zmienić lub zmodyfikować zawartość wymaganych oświadczeń i dokumentów składających się na ofertę. O zmianie takiej Zamawiający niezwłocznie zawiadomi Oferentów poprzez stosowne ogłoszenie.
3. Oferent może wycofać ofertę w celu wprowadzenia zmian lub całkowicie wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem końcowego terminu składania ofert. Dokonać tych czynności może wyłącznie osobiście Oferent lub osoba przez niego pisemnie upoważniona. Fakt wycofania oferty musi być odnotowany przez Zamawiającego i potwierdzony przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się dnia **21.05.2025r. o godz. 10³⁰** w siedzibie Zamawiającego w Katowicach, ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice, III piętro, pokój nr 327.
5. Po otwarciu ofert, złożone do konkursu oferty wraz z wszelkimi załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi. Oferent nie może po otwarciu ofert żądać zwrotu czy zmiany dokumentów będących częścią oferty.
6. Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni licząc, od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

VII. KOMISJA KONKURSOWA

1. Przeprowadzenie konkursu ofert odbędzie się za pośrednictwem Komisji Konkursowej powołanej przez Dyrektora ZWPS.
2. Komisja Konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokona następujących czynności:
 - a. stwierdzi prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
 - b. otworzy koperty z ofertami;
 - c. ustali, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych szczegółowych warunkach;
 - d. odrzuci oferty nie odpowiadające warunkom określonym w niniejszych szczegółowych warunkach lub zgłoszone po wyznaczonym terminie;
 - e. ogłosi oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych szczegółowych warunkach, a które zostały odrzucone;
 - f. przyjmie do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów;
 - g. wybierze najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmie żadnej z ofert.

3. Komisja konkursowa w czasie przeprowadzania konkursu przyjmie i rozstrzygnie skargi oferentów.
4. Komisja konkursowa działać będzie na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w ust. 2 lit. a, b, e. Obecność Oferentów w części jawnej nie jest obowiązkowa.
5. Z przebiegu konkursu Komisja Konkursowa sporządzi protokół.

VIII. OCENA OFERT

1. Oferta będzie oceniana pod względem:
 - formalnym tj. spełnienia warunków podanych w szczegółowych warunkach konkursu (wymagane formularze, dokumentacja i oświadczenia),
 - merytorycznym tj. zgodnie z kryterium, jakim jest cena.
2. W przypadku złożenia ofert o takiej samej wartości Zamawiający może zażądać złożenia ofert dodatkowych lub dokonać wyboru oferty na podstawie załączonych dokumentów.
3. Oferent jest zobowiązany do określenia ceny oferty przedmiotu konkursu na formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszych szczegółowych warunków.
4. Cena przedmiotu zamówienia winna być wyrażona w złotych polskich (PLN).
5. Cena zaproponowana przez Oferenta nie może ulec zmianie w okresie obowiązywania umowy, w przypadku wyboru jego oferty.

IX. ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU ORAZ POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w ciągu 5 dni od terminu określonego dla złożenia oferty.
2. Komisja Konkursowa niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu. Wyniki konkursu będą dostępne na stronie internetowej Zamawiającego: **www.zwps.pl**, w zakładce Ogłoszenia.
3. W zawiadomieniu o wyborze oferty najkorzystniejszej Zamawiający poinformuje Oferenta o terminie i miejscu zawarcia umowy.
4. W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
5. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe zostaje zawieszone, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
6. Komisja Konkursowa rozpatruje protest w ciągu 5 dni od daty jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. O wniesieniu protestu Komisja Konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych Oferentów i Zamawiającego, poprzez wywieszenie informacji na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.
8. Oferent może złożyć do Zamawiającego odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku.
9. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozstrzygnięcia.
10. Zamawiający rozpoznaje i rozstrzyga odwołanie w ciągu 7 dni od daty jego złożenia przez Oferenta.
11. O wniesieniu i rozstrzygnięciu odwołania Zamawiający niezwłocznie poinformuje w formie pisemnej pozostałych Oferentów, poprzez wywieszenie informacji na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.
12. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert w każdym czasie bez podania przyczyn.

Numer sprawy: ZWPS/KŚZ/7/2025

13. W sprawach nieunormowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami mają zastosowanie przepisy wymienione w części I ust.1.

Zatwierdzam

GŁÓWNY KSIĘGOWY
Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
w Katowicach

mgr Zuzanna Swider

.....
Dyrektor ZWPS

Katowice, 14.05.2025 r.

O F E R T A

1. Imię i nazwisko / nazwa zakładu opieki zdrowotnej

.....

2. Adres

Kod, miejscowość, ulica, nr lokalu

3. Telefon

4. Numer wpisu do właściwego rejestru

5. REGON: NIP:

6. Nazwa specjalizacji

7. Stopień specjalizacji

8. Nr prawa wykonywania zawodu

9. PESEL

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz informacjami o przedmiocie konkursu ofert poprzedzającego zawarcie umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach, ul. Powstańców 31 oraz z treścią projektu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach wymienionych w pkt. 1.

.....
data i podpis Oferenta


Brek

Oferta cenowa

Lp.	Miejsce udzielania świadczeń (nazwa poradni, pracowni itp.)	Wykonawca	Rodzaj wykonywanych świadczeń	Ilość świadczeń (punktów, konsultacji itp.) na okres od 01.06.2025 r. do dnia 31.12.2025 r.	Cena za jeden punkt/ konsultacje/badanie (w zł brutto)
1	Poradnia Dermatologiczna dla Dzieci	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punktu specjalistyczne		
2	Poradnia Hematologiczna dla Dzieci	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punkty specjalistyczne		
3	Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punkty specjalistyczne		
			konsultacje medyczne		
4	Poradnia Leczenia Bólu	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punkty specjalistyczne		
			konsultacje medyczne		
5	Poradnia Chorób Naczyń	lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z wymogami NFZ	punkty specjalistyczne		
			konsultacje medyczne		

Lp.	Miejsce udzielania świadczeń (nazwa poradni, pracowni itp.)	Wykonawca	Rodzaj wykonywanych świadczeń	Ilość świadczeń (punktów, konsultacji, badań itp.) na okres od 01.06.2025 r. do dnia 31.12.2026 r.	Cena za jeden punkt/ konsultacje/badanie (w zł brutto)
1	Zakład Patomorfologii	Lekarz posiadający kwalifikacje zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.12.2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii	badanie makroskopowe		
			badanie mikroskopowe histopatologiczne		
			badanie mikroskopowe cytologiczne		

*Jeżeli proponowana stawka za pkt/konsultację/ badanie przekracza możliwości finansowe Zamawiającego, oferta może zostać odrzucona, a konkurs unieważniony.

meis

Numer sprawy: ZWPS/KSZ/7/2025

Informacje dodatkowe:

.....
.....

.....
data i podpis Oferenta



meq

Katowice, dnia

W związku z wykonywaniem czynności zawodowych w Zespole Wojewódzkich
Przychodni Specjalistycznych w Katowicach:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(placówka)

informuję, że:

1. **będę mieć kontakt z małoletnim***
2. **nie będę mieć kontaktu z małoletnim***

(Dz.U. 2023 poz. 1606 Rozdział 4b Standardy ochrony małoletnich)

***niewłaściwe skreślić**

.....
(podpis Wykonawcy)



Umowa o wykonywanie świadczeń zdrowotnych

Nr ZWPS/DK/ /2025

zawarta w dniu roku w Katowicach

pomiędzy :

Zespołem Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych z siedzibą przy ulicy Powstańców 31, 40-038 Katowice, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000057698, posiadającym NIP: 954-22-60-699, w imieniu, którego działa Dyrektor – lek. med. Jacek Przybyło, zwanym w treści umowy **Zamawiającym**

a

.....
adres zamieszkania *)
prowadząca/ym działalność pod nazwą:*)

.....
REGON*) NIP*)

PESEL*)

zwanym w dalszej części niniejszej Umowy **Wykonawcą**

§ 1

Niniejsza umowa zostaje zawarta po przeprowadzonym konkursie ofert w trybie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2025r., poz.450) w zw. z art. 146 ust.1 i następnymi ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2024r., poz. 146 z późniejszymi zmianami).

§ 2

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni
2. Wykonawca oświadcza, że posiada uprawnienia zawodowe, wiedzę oraz doświadczenie niezbędne do realizacji umowy.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą w siedzibie Zamawiającego, przy wykorzystaniu urządzeń i zaplecza technicznego Zamawiającego, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, należyta starannością i wymaganą przez Zamawiającego jakością.
4. Za rejestrację pacjentów, organizację udzielania świadczeń zdrowotnych oraz udzielanie informacji uprawnionym do świadczeń zdrowotnych w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedzialny jest Zamawiający, zgodnie z procedurami obowiązującymi w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz ZWPS.
5. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń w ramach niniejszej umowy to 1(jeden) lekarz posiadający wymagane kwalifikacje.

§ 3

1. Strony zobowiązują się do wzajemnego informowania o wszelkich działaniach mogących mieć wpływ na sprawne i efektywne wykonanie niniejszej umowy, jak i warunków realizacji świadczeń zdrowotnych wymaganych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji z nią związanych.

§ 4

1. Do zakresu obowiązków Wykonawcy w związku z wykonaniem przedmiotu umowy należy w szczególności:
 - a. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
 - b. udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie na rzecz pacjentów poradni Zamawiającego,
 - c. prowadzenie sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
 - d. poddawanie się kontroli w związku z wykonywaniem tej umowy, a w szczególności kontroli jakości wykonywanego przedmiotu umowy,
 - e. przestrzeganie przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP i przeciwpożarowych obowiązujących u Zamawiającego oraz innych przepisów porządkowych wydanych przez Zamawiającego,
 - f. przestrzeganie przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta wymienione m.in. w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przepisów ustawy o ochronie danych osobowych i innych aktów prawnych określających zasady i sposób wykonywania działalności leczniczej.
 - g. wykazywanie należytej dbałości o składniki majątkowe materialne i niematerialne należące do Zamawiającego oraz o porządek i ład w miejscu realizacji świadczeń zdrowotnych.
2. Limit czasu wykonywania świadczeń ustala się w wysokości zgodnej z załącznikiem nr 1 (harmonogram).
3. Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi procedurami i zatwierdzonym przez Zamawiającego harmonogramem pracy. Szczegółowy harmonogram udzielania świadczeń należy przedkładać do 25 - go dnia poprzedzającego miesiąc, w którym ma nastąpić wykonanie przedmiotu umowy. Zmiany w harmonogramie pracy mające charakter stały wymagają zgody koordynatora reprezentującego Zamawiającego z zastrzeżeniem postanowień art.27 ust.5 ustawy o działalności leczniczej.
4. Wykonywanie przedmiotu umowy nie jest wykonywaniem czynności pod nadzorem Zamawiającego.
5. Potwierdzeniem czasu wykonania czynności objętych przedmiotem umowy będzie ewidencja godzin wykonania umowy złożona przez Wykonawcę, której wzór stanowi załącznik nr 2 do umowy .

§ 5

W przypadku braku możliwości wykonywania świadczenia objętego umową (której nie można było wcześniej przewidzieć) Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego - komórki odpowiedzialnej za wykonanie kontraktu z NFZ wraz z propozycją zabezpieczenia ciągłości wykonywania świadczeń w ramach umowy.

§ 6

1. Wykonawca oświadcza, że posiada obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art.25 ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do jego udokumentowania przed podpisaniem niniejszej umowy, oraz jej kontynuacji na cały okres obowiązywania niniejszej umowy. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność za nieważność lub wadliwość posiadanych ubezpieczeń.

2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Zamawiający i Wykonawca.
3. Wykonawca samodzielnie ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą względem Zamawiającego z tytułu nienależytego wykonania obowiązków wynikających z umowy względnie ich niewykonania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 7

1. Zamawiający zobowiązuje się na czas trwania umowy o świadczenie usług medycznych udostępnić Wykonawcy, wyłącznie w zakresie umożliwiającym prawidłową realizację przedmiotu umowy, składniki majątkowe materialne i niematerialne.
2. Zamawiający zobowiązuje się ponadto:
 - zapewnić sprzęt medyczny do realizacji przedmiotu umowy,
 - prowadzić konserwację i naprawy sprzętu,
 - pokrywać koszty utrzymania pomieszczeń, sprzętu i aparatury w stanie umożliwiającym wykonywanie objętych umową usług zdrowotnych.

§ 8

1. Wykonawca zobowiązany jest korzystać z udostępnionego sprzętu, aparatury medycznej i pomieszczeń w sposób odpowiadający ich właściwościom i przeznaczeniu. Zamawiający nie wyraża zgody na udostępnianie wymienionego sprzętu, aparatury medycznej i pomieszczeń osobom trzecim.
2. Wykonawca jest odpowiedzialny za uszkodzenie lub utratę rzeczy, jeżeli korzysta z nich w sposób sprzeczny z jej właściwościami lub przeznaczeniem albo, gdy nie będąc do tego upoważniony udostępnia osobom trzecim.
3. Wykonawca nie może używać we własnym interesie rzeczy Zamawiającego.
4. Zamawiający ponosi odpowiedzialność za stan sanitarny, epidemiologiczny i techniczny sprzętu.

§ 9

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Wykonawca otrzyma wynagrodzenie w wysokości:
 - a. **zł.** brutto (słownie: złotych 00/100 gr.) za jeden punkt rozliczeniowy w Poradni wg typu i liczby wykazanych świadczeń zdrowotnych, w ilości świadczeń specjalistycznych punktów miesięcznie pomnożonych przez wartość punktu,
 - b. **zł.** brutto (słownie: złotych 00/100 gr.) za konsultację medyczną jednego pacjenta tak pacjentów szpitalnych jak i przyjmowanych odpłatnie, *)
2. Umowa będzie rozliczana narastająco a liczby punktów wynikające z wykonywanych usług pomiędzy poszczególnymi miesiącami będą przesuwane, mając na względzie maksymalną wartość punktową umowy.
3. Należność za wykonane usługi wynikająca z §9 pkt.1 a, b, niniejszej umowy, ustalana będzie na podstawie faktury VAT (rachunku) obejmującej okres miesiąca, wystawionej przez Wykonawcę i przedłożonej do Sekretariatu Zamawiającego w terminie do 10 dnia kolejnego miesiąca.

Płatność nastąpi w terminie do 30 dni od dnia przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku) do siedziby Zamawiającego. Strony zgodnie przyjmują, że za datę wpływu prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku) uznaje się dzień, w którym Zamawiający mógł zapoznać się z treścią faktury VAT (rachunku).

Za dzień zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
4. Podstawą do wypłaty wynagrodzenia Wykonawcy będzie wykaz świadczeń wykonanych na rzecz komórek organizacyjnych Zamawiającego - odnoszący się do pozycji, o których mowa w pkt. 1 tego paragrafu, w miesięcznych okresach rozliczeniowych, sporządzony według wzoru stanowiącego załącznik nr3, zatwierdzony przez osobę merytorycznie odpowiedzialną za wykonywanie świadczeń wchodzących w zakres umowy.

5. Weryfikacja świadczeń dokonana przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowić będzie podstawę do korekty faktury lub rachunku w następnym miesiącu obrachunkowym i powodować będzie obniżenie wypłaconej należności. W przypadku weryfikacji dokonanej po kontroli u Zamawiającego – korekta faktur zostanie dokonana w terminie 3-miesięcy od momentu dostarczenia wystąpienia pokontrolnego przez NFZ.
6. Wykaz, o którym mowa w pkt.4 tego paragrafu stanowi załącznik do faktury VAT (rachunku) obejmującej dany miesiąc rozliczeniowy.
7. Zamawiający dokona przelewu wynagrodzenia za wykonanie przedmiotu umowy na konto Wykonawcy nr :
8. Planowane nieobecności w pracy – przerwy w świadczeniu usług zdrowotnych wymagają zrealizowania w okresie poprzedzającym - proporcjonalnej ilości świadczeń, płatnych po upływie miesiąca, w którym powstała przerwa w świadczeniu usług. Równocześnie należy uzyskać w formie pisemnej potwierdzenie zastępstwa w przyjęciach pacjentów objętych opieką w sytuacjach nagłych.
9. Maksymalna liczba wykonanych punktów świadczeń specjalistycznych przez Wykonawcę na okres obowiązywania umowy wynosi
10. Maksymalna liczba wykonanych konsultacji medycznych jednego pacjenta tak pacjentów szpitalnych jak i przyjmowanych odpłatnie przez Wykonawcę na okres obowiązywania umowy wynosi*)
11. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmiany liczby punktów, konsultacji przeznaczonych do wykonywania przez Wykonawcę w przypadku zaistnienia szczególnych okoliczności po stronie Zamawiającego lub Wykonawcy, a w szczególności w przypadku zmiany kontraktu przez Narodowy Fundusz Zdrowia, czego Zamawiający nie był w stanie przewidzieć.
12. Ewentualne zmiany ilości punktów, konsultacji możliwych do wykonania zgodnie z kontraktem z NFZ nastąpią w formie jednostronnego oświadczenia Zamawiającego.

§ 10

Wykonawca rozlicza się samodzielnie z Urzędem Skarbowym i ZUS zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi osób prowadzących działalność gospodarczą. Rozliczenie umowy z organami podatkowymi oraz instytucjami zabezpieczenia społecznego należy do obowiązków Zamawiającego.*)

§ 11

1. Wykonawca zobowiązuje się do poddania się kontroli Zamawiającego i Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikających z umowy zawartej przez Zamawiającego z Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Osobą sprawującą nadzór nad realizacją umowy jest:

1) ze strony Zamawiającego :
..... nr tel.; e-mail: sekretariat@zwps.pl

2) ze strony Wykonawcy:

..... - nr tel.:;
e-mail:

Strony zgodnie oświadczają, że umową udzielają wymienionym powyżej osobom umocowania do bieżących kontaktów w sprawie realizacji umowy, w tym do przekazywania dokumentów.

§ 12

Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony od dnia **01 czerwca 2025r.** do dnia **31 grudnia 2025r.**

  

§ 13

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
 - a. z upływem czasu, na który została zawarta ;
 - b. mocą porozumienia stron;
 - c. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
 - d. wskutek oświadczenia Zamawiającego, w razie:
 - nie udokumentowania przez Wykonawcę zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
 - utraty przez Zamawiającego kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - e. wskutek oświadczenia jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy;
2. Pod pojęciem rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy należy rozumieć w szczególności:
 - a. każdorazowe stwierdzenie zawinionego niewykonania lub nienależytego wykonywania świadczeń zdrowotnych;
 - b. niedopełnienie obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej (medycznej) oraz ujawnienie informacji organizacyjnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
3. Każda ze stron może wypowiedzieć niniejszą Umowę w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
4. W przypadku zaistnienia zmiany w sposobie finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, strony zobowiązują się do zmiany umowy uwzględniającej nowe zasady finansowania.

§ 14

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 5 % wartości niniejszej umowy z powodu rozwiązania umowy przez Zamawiającego w przypadku rażącego, świadomego i celowego naruszenia postanowień umowy przez Wykonawcę.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 500 zł za każdy stwierdzony przypadek jeżeli, pomimo wcześniejszych upomnień stosowanych przez Zamawiającego, Wykonawca narusza obowiązki, o których mowa w §4 pkt.1 niniejszej umowy.
3. Przez pojęcie wartość umowy należy rozumieć iloczyn liczby punktów, konsultacji, o których mowa w §9 pkt. 9 - 10 oraz kwot wskazanych w §9 pkt.1.
4. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia. W takim przypadku Wykonawca zostanie poinformowany pisemnie, a Zamawiający wystawi notę księgową obciążeniową płatną do 14 dni od daty jej otrzymania przez Wykonawcę.
5. Strony zastrzegają możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
6. Zamawiający uprawniony jest do żądania od Wykonawcy zwrotu równowartości kar pieniężnych, jeżeli nałożenie tych kar było w sposób bezpośredni i niebudzący wątpliwości wynikiem niewłaściwego wykonania przez Wykonawcę zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy lub innych celowych i umyślnych zaniedbań ze strony Wykonawcy.

§ 15

Po ustaniu obowiązywania umowy na skutek jej rozwiązania Wykonawca zobowiązany jest do zwrotu wszelkiej dokumentacji - bez względu na jakim nośniku została zapisana,

Numer sprawy: ZWPS/KSZ/7/2025

a związanej z realizacją niniejszej umowy, należącej do Zamawiającego - w terminie nie późniejszym niż 7 dni od daty ustania umowy.

§ 16

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych stanowi załącznik nr 4 do umowy.

§ 17

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
2. Wykonawca nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy, z zastrzeżeniem pkt.3.
3. Przeniesienie wierzytelności wynikających z niniejszej umowy, przysługujących wykonawcy wobec zamawiającego na osoby trzecie, wymaga dla swej skuteczności pisemnej zgody podmiotu tworzącego, tj. Województwa Śląskiego, udzielonej w trybie art.54 ust.5 ustawy o działalności leczniczej.

§ 18

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności Kodeksu Cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 19

Ewentualne spory mogące wyniknąć przy realizacji niniejszej umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu właściwego dla siedziby Zamawiającego.

§ 20

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron. Integralną część umowy stanowią załączniki wyszczególnione w jej treści.

ZAMAWIAJĄCY

WYKONAWCA

**)Wzór umowy dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń objętych konkursem. Zakres wykonywanych świadczeń zostanie określony zgodnie ze złożoną ofertą.*

Harmonogram pracy

w miesiącu

.....
(imię i nazwisko Wykonawcy)

.....
(Placówka)

Dzień tygodnia	Godziny pracy	
	od	do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

Planowana przerwa w wykonywaniu usług

.....

.....

Proponowane zastępstwo będzie pełnić

(imię i nazwisko)

.....
(podpis i pieczętka zastępcy)

.....
(podpis i pieczętka Wykonawcy)

.....
(podpis i pieczętka osoby merytorycznie odpowiedzialnej)

Numer sprawy: ZWPS/KSZ/7/2025

Rozliczenie liczby godzin wykonywania usług (Załącznik nr 2)
do umowy Nr ZWPS/DK/ /2025 z dnia 2025r.
w miesiącu r.

Nazwisko i imię wykonawcy

Dzień miesiąca	Liczba godzin realizacji umowy
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
Liczba godzin wykonywania umowy	

Podpis wykonawcy

.....

Podpis zamawiającego lub
osoby przez niego upoważnionej

.....

 

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
zgodnie z umową nr ZWPS/DK/ /2025 z dnia 2025r.

Potwierdzenie wykonania za miesiąc r.

..... konsultacji medycznych *)

..... punktów rozliczeniowych w Poradni wg typu i liczby wykonanych

świadczeń specjalistycznych :

Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:
Świadczenia specjalistyczne – .. liczba :	x	punktów =liczba punktów:

Stwierdzam wykonanie zlecenia w sposób właściwy

.....
(podpis i pieczęć osoby merytorycznie odpowiedzialnej)

**)Wzór potwierdzenia wykonywania świadczeń zdrowotnych dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń objętych konkursem. Zakres wykonywanych świadczeń zostanie określony zgodnie ze złożoną ofertą.*

Przebieg

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), dalej RODO, informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych, ul. Powstańców 31 40-038 Katowice, tel. 32 343-41-00, NIP 954-22-60-699, REGON 001100382,
- 2) Aktualne dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych dostępne są pod numerem tel. 32 343-41-00 lub na stronie zwps.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy,
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych,
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji, ustalonym zgodnie z odrębnymi przepisami,
- 6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do właściwego organu, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,
- 8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, ich nieprzekazanie spowoduje niemożność realizacji zawartej umowy i związanych z nią obowiązków podatkowo-składkowych.

W przypadku niedostatecznego zrozumienia znaczenia w.w. treści możliwe jest uzyskanie informacji poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych.

Oświadczam, że przedstawiona treść obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO jest dla mnie zrozumiała.

.....
data i czytelny podpis



Umowa o wykonywanie świadczeń zdrowotnych

Nr ZWPS/DK/ /2025

zawarta w dniu roku w Katowicach

pomiędzy :

Zespołem Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych z siedzibą przy ulicy Powstańców 31, 40-038 Katowice, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000057698, posiadającym NIP: 954-22-60-699, w imieniu, którego działa Dyrektor – lek. med. Jacek Przybyło, zwanym w treści umowy **Zamawiającym**

a

.....
adres zamieszkania *)

.....
prowadzącą/ym działalność pod nazwą:*)

.....
REGON, *) NIP,*)

PESEL *)

zwany w dalszej części niniejszej Umowy **Wykonawcą**

§ 1

Niniejsza umowa zostaje zawarta po przeprowadzonym konkursie ofert w trybie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2025r., poz.450) w zw. z art. 146 ust.1 i następnymi ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2024r., poz. 146 z późniejszymi zmianami).

§ 2

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego świadczeń zdrowotnych w zakresie Zakładu Patomorfologii .
2. Wykonawca oświadcza, że posiada uprawnienia zawodowe, wiedzę oraz doświadczenie niezbędne do realizacji umowy.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą w siedzibie Zamawiającego, przy wykorzystaniu urządzeń i zaplecza technicznego Zamawiającego, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, należyłą starannością i wymaganą przez Zamawiającego jakością.
4. Za rejestrację pacjentów, organizację udzielania świadczeń zdrowotnych oraz udzielanie informacji uprawnionym do świadczeń zdrowotnych w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedzialny jest Zamawiający, zgodnie z procedurami obowiązującymi w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz ZWPS.
5. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń w ramach niniejszej umowy to 1(jeden) lekarz posiadający wymagane kwalifikacje.

§ 3

1. Strony zobowiązują się do wzajemnego informowania o wszelkich działaniach mogących mieć wpływ na sprawne i efektywne wykonanie niniejszej umowy, jak i warunków realizacji świadczeń zdrowotnych wymaganych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Wykonawca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji z nią związanych.

Handwritten signature and initials in blue ink.

§ 4

1. Do zakresu obowiązków Wykonawcy w związku z wykonaniem przedmiotu umowy należy w szczególności:
 - a. wykonywanie świadczeń w zakresie patomorfologii;
 - b. makroskopowa ocena materiału do badań histopatologicznych;*)
 - c. mikroskopowa ocena preparatów histopatologicznych;*)
 - d. mikroskopowa ocena preparatów cytologicznych;*)
 - e. ustalanie rozpoznań histopatologicznych;*)
 - f. autoryzowanie wyników badań histopatologicznych sporządzanych w Zakładzie Patomorfologii;*)
 - g. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
 - h. prowadzenie sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej;
 - i. poddawanie się kontroli w związku z wykonywaniem tej umowy, a w szczególności kontroli jakości wykonywanego przedmiotu umowy;
 - j. przestrzeganie przepisów sanitarno-epidemiologicznych, BHP i przeciwpożarowych obowiązujących u Zamawiającego oraz innych przepisów porządkowych wydanych przez Zamawiającego;
 - k. przestrzeganie przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta wymienione m.in. w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przepisów ustawy o ochronie danych osobowych i innych aktów prawnych określających zasady i sposób wykonywania działalności leczniczej;
 - l. wykazywanie należytej dbałości o składniki majątkowe materialne i niematerialne należące do Zamawiającego oraz o porządek i ład w miejscu realizacji świadczeń zdrowotnych;
2. Limit czasu wykonywania świadczeń ustala się w wysokości zgodnej z załącznikiem nr1 (harmonogram).
3. Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi procedurami i zatwierdzonym przez Zamawiającego harmonogramem pracy. Szczegółowy harmonogram udzielania świadczeń należy przedkładać do 25 - go dnia poprzedzającego miesiąc, w którym ma nastąpić wykonanie przedmiotu umowy. Zmiany w harmonogramie pracy mające charakter stały wymagają zgody koordynatora reprezentującego Zamawiającego z zastrzeżeniem postanowień art.27 ust.5 ustawy o działalności leczniczej.
4. Wykonywanie przedmiotu umowy nie jest wykonywaniem czynności pod nadzorem Zamawiającego.
5. Potwierdzeniem czasu wykonania czynności objętych przedmiotem umowy będzie ewidencja godzin wykonania umowy złożona przez Wykonawcę, której wzór stanowi załącznik nr 2 do umowy.

§ 5

W przypadku braku możliwości wykonywania świadczenia objętego umową (której nie można było wcześniej przewidzieć) Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego - komórki odpowiedzialnej za wykonanie kontraktu z NFZ wraz z propozycją zabezpieczenia ciągłości wykonywania świadczeń w ramach umowy.

§ 6

1. Wykonawca oświadcza, że posiada obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art.25 ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do jego udokumentowania przed podpisaniem niniejszej umowy, oraz jej kontynuacji na

cały okres obowiązywania niniejszej umowy. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność za nieważność lub wadliwość posiadanych ubezpieczeń.

2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Zamawiający i Wykonawca.
3. Wykonawca samodzielnie ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą względem Zamawiającego z tytułu nienależytego wykonania obowiązków wynikających z umowy względnie ich niewykonania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 7

1. Zamawiający zobowiązuje się na czas trwania umowy o świadczenie usług medycznych udostępnić Wykonawcy, wyłącznie w zakresie umożliwiającym prawidłową realizację przedmiotu umowy, składniki majątkowe materialne i niematerialne.
2. Zamawiający zobowiązuje się ponadto:
 - zapewnić sprzęt medyczny do realizacji przedmiotu umowy,
 - prowadzić konserwację i naprawy sprzętu,
 - pokrywać koszty utrzymania pomieszczeń, sprzętu i aparatury w stanie umożliwiającym wykonywanie objętych umową usług zdrowotnych.

§ 8

1. Wykonawca zobowiązany jest korzystać z udostępnionego sprzętu, aparatury medycznej i pomieszczeń w sposób odpowiadający ich właściwościom i przeznaczeniu. Zamawiający nie wyraża zgody na udostępnianie wymienionego sprzętu, aparatury medycznej i pomieszczeń osobom trzecim.
2. Wykonawca jest odpowiedzialny za uszkodzenie lub utratę rzeczy, jeżeli korzysta z nich w sposób sprzeczny z jej właściwościami lub przeznaczeniem albo, gdy nie będąc do tego upoważniony udostępnia osobom trzecim.
3. Wykonawca nie może używać we własnym interesie rzeczy Zamawiającego.
4. Zamawiający ponosi odpowiedzialność za stan sanitarny, epidemiologiczny i techniczny sprzętu.

§ 9

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Wykonawca otrzyma wynagrodzenie w wysokości:
 - c. zł. brutto (słownie: złotych ../100 gr.) za badanie makroskopowe w Zakładzie Patomorfologii;*)
 - d. zł. brutto (słownie: złotych ../100 gr.) za badanie mikroskopowe histopatologiczne w Zakładzie Patomorfologii;*)
 - e. zł. brutto (słownie: złotych ../100 gr.) za badanie mikroskopowe cytologiczne w Zakładzie Patomorfologii;*)
2. Umowa będzie rozliczana narastająco a liczby badań, konsultacji wynikające z wykonywanych usług pomiędzy poszczególnymi miesiącami będą przesuwane, mając na względzie maksymalną wartość umowy.
3. Należność za wykonane usługi wynikająca z §9 pkt.1 a, b, c, niniejszej umowy, ustalana będzie na podstawie faktury VAT (rachunku) obejmującej okres miesiąca, wystawionej przez Wykonawcę i przedłożonej do Sekretariatu Zamawiającego w terminie do 10 dnia kolejnego miesiąca.

Płatność nastąpi w terminie do 30 dni od dnia przedłożenia prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku) do siedziby Zamawiającego. Strony zgodnie przyjmują, że za datę wpływu prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku) uznaje się dzień, w którym Zamawiający mógł zapoznać się z treścią faktury VAT (rachunku) .

Za dzień zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

4. Podstawą do wypłaty wynagrodzenia Wykonawcy będzie wykaz świadczeń wykonanych na rzecz komórek organizacyjnych Zamawiającego - odnoszący się do pozycji, o których mowa w pkt. 1 tego paragrafu, w miesięcznych okresach rozliczeniowych, sporządzony według wzoru stanowiącego załącznik nr3, zatwierdzony przez osobę merytorycznie odpowiedzialną za wykonywanie świadczeń wchodzących w zakres umowy.
5. Wykaz, o którym mowa w pkt.4 tego paragrafu stanowi załącznik do faktury VAT (rachunku) obejmującej dany miesiąc rozliczeniowy.
6. Zamawiający dokona przelewu wynagrodzenia za wykonanie przedmiotu umowy na konto Wykonawcy nr :
7. Planowane nieobecności w pracy – przerwy w świadczeniu usług zdrowotnych wymagają zrealizowania w okresie poprzedzającym - proporcjonalnej ilości świadczeń, płatnych po upływie miesiąca, w którym powstała przerwa w świadczeniu usług. Równocześnie należy uzyskać w formie pisemnej potwierdzenie zastępstwa w przyjęciach pacjentów objętych opieką w sytuacjach nagłych.
8. Maksymalna liczba wykonanych badań makroskopowych przez Wykonawcę na okres obowiązywania umowy wynosi*)
9. Maksymalna liczba wykonanych badań mikroskopowych histopatologicznych przez Wykonawcę w okresie obowiązywania umowy wynosi*)
10. Maksymalna liczba wykonanych badań mikroskopowych cytologicznych przez Wykonawcę w okresie obowiązywania umowy wynosi*)
11. Możliwość zmiany liczby badań przeznaczonych do wykonywania przez Wykonawcę w przypadku zaistnienia szczególnych okoliczności po stronie Zamawiającego lub Wykonawcy, a w szczególności w przypadku zmiany kontraktu przez Narodowy Fundusz Zdrowia, czego Zamawiający nie był w stanie przewidzieć.
12. Ewentualne zmiany ilości badań możliwych do wykonania zgodnie z zawartymi umowami nastąpią w formie jednostronnego oświadczenia Zamawiającego.

§ 10

Wykonawca rozlicza się samodzielnie z Urzędem Skarbowym i ZUS zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi osób prowadzących działalność gospodarczą. Rozliczenie umowy z organami podatkowymi oraz instytucjami zabezpieczenia społecznego należy do obowiązków Zamawiającego.*)

§ 11

1. Wykonawca zobowiązuje się do poddania się kontroli Zamawiającego i Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikających z umowy zawartej przez Zamawiającego z Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Osobą sprawującą nadzór nad realizacją umowy jest:
 - 1) ze strony Zamawiającego :
Kierownik Zakładu Patomorfologii nr tel.;
e-mail: sekretariat@zwps.pl
 - 2) ze strony Wykonawcy:

..... - nr tel.:;
e-mail:

Strony zgodnie oświadczają, że umową udzielają wymienionym powyżej osobom umocowania do bieżących kontaktów w sprawie realizacji umowy, w tym do przekazywania dokumentów.

  

§ 12

Umowa niniejsza zostaje zawarta na czas określony od dnia **01 czerwca 2025r.** do dnia **31 grudnia 2026r.**

§ 13

1. Umowa ulega rozwiązaniu:
 - a. z upływem czasu, na który została zawarta ;
 - b. mocą porozumienia stron;
 - c. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;
 - d. wskutek oświadczenia Zamawiającego, w razie:
 - nie udokumentowania przez Wykonawcę zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
 - utraty przez Zamawiającego kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - e. wskutek oświadczenia jednej ze stron bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy;
2. Pod pojęciem rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy należy rozumieć w szczególności:
 - a. każdorazowe stwierdzenie zawinionego niewykonania lub nienależytego wykonywania świadczeń zdrowotnych;
 - b. niedopełnienie obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej (medycznej) oraz ujawnienie informacji organizacyjnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
3. Każda ze stron może wypowiedzieć niniejszą Umowę w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
4. W przypadku zaistnienia zmiany w sposobie finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, strony zobowiązują się do zmiany umowy uwzględniającej nowe zasady finansowania.

§ 14

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 5 % wartości niniejszej umowy z powodu rozwiązania umowy przez Zamawiającego w przypadku rażącego, świadomego i celowego naruszenia postanowień umowy przez Wykonawcę.
2. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 500 zł za każdy stwierdzony przypadek jeżeli, pomimo wcześniejszych upomnień stosowanych przez Zamawiającego, Wykonawca narusza obowiązki, o których mowa w §4 pkt.1 niniejszej umowy.
3. Przez pojęcie wartość umowy należy rozumieć iloczyn liczby badań o których mowa w §9 pkt. 8 -10 oraz kwot wskazanych w §9 pkt.1.
4. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego mu wynagrodzenia. W takim przypadku Wykonawca zostanie poinformowany pisemnie, a Zamawiający wystawi notę księgową obciążeniową płatną do 14 dni od daty jej otrzymania przez Wykonawcę.
5. Strony zastrzegają możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
6. Zamawiający uprawniony jest do żądania od Wykonawcy zwrotu równowartości kar pieniężnych, jeżeli nałożenie tych kar było w sposób bezpośredni i niebudzący wątpliwości wynikiem niewłaściwego wykonania przez Wykonawcę zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy lub innych celowych i umyślnych zaniedbań ze strony Wykonawcy.

§ 15

Po ustaniu obowiązywania umowy na skutek jej rozwiązania Wykonawca zobowiązany jest do zwrotu wszelkiej dokumentacji - bez względu na jakim nośniku została zapisana, a związanej z realizacją niniejszej umowy, należącej do Zamawiającego - w terminie nie późniejszym niż 7 dni od daty ustania umowy.

§ 16

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych stanowi załącznik nr 4 do umowy.

§ 17

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
2. Wykonawca nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy, z zastrzeżeniem pkt.3.
3. Przeniesienie wierzytelności wynikających z niniejszej umowy, przysługujących wykonawcy wobec zamawiającego na osoby trzecie, wymaga dla swej skuteczności pisemnej zgody podmiotu tworzącego, tj. Województwa Śląskiego, udzielonej w trybie art.54 ust.5 ustawy o działalności leczniczej.

§ 18

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności Kodeksu Cywilnego, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 19

Ewentualne spory mogące wyniknąć przy realizacji niniejszej umowy Strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu właściwego dla siedziby Zamawiającego.

§ 20

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron. Integralną część umowy stanowią załączniki wyszczególnione w jej treści.

ZAMAWIAJĄCY

WYKONAWCA

**)Wzór umowy dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń objętych konkursem. Zakres wykonywanych świadczeń zostanie określony zgodnie ze złożoną ofertą.*

127
mcs

Harmonogram pracy

w miesiącu

.....
(imię i nazwisko Wykonawcy)

.....
(Placówka)

Dzień tygodnia	Godziny pracy	
	od	do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

Planowana przerwa w wykonywaniu usług

.....

.....

Proponowane zastępstwo będzie pełnić

(imię i nazwisko)

.....
(podpis i pieczęć zastępcy)

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy)

.....
(podpis i pieczęć osoby merytorycznie odpowiedzialnej)

Numer sprawy: ZWPS/KŚZ/7/2025

Rozliczenie liczby godzin wykonywania usług
do umowy Nr ZWPS/DK/ /2025 z dnia 2025r.
w miesiącu r.

(Załącznik nr 2)

Nazwisko i imię wykonawcy

Dzień miesiąca	Liczba godzin realizacji umowy
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
Liczba godzin wykonywania umowy	

Podpis wykonawcy

.....

Podpis zamawiającego lub
osoby przez niego upoważnionej

.....


mety

Numer sprawy: ZWPS/KŚZ/7/2025

(Załącznik Nr 3)

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
zgodnie z umową nr ZWPS/DK/ /2025 z dnia 2025r.

Potwierdzenie wykonania za miesiąc r.

..... badań makroskopowych*)

..... badań mikroskopowych histopatologicznych*)

..... badań mikroskopowych cytologicznych*)

Stwierdzam wykonanie zlecenia w sposób właściwy

.....
(podpis i pieczęć osoby merytorycznie odpowiedzialnej)

**)Wzór potwierdzenia wykonywania świadczeń zdrowotnych dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń objętych konkursem. Zakres wykonywanych świadczeń zostanie określony zgodnie ze złożoną ofertą.*



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), dalej RODO, informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych, ul. Powstańców 31 40-038 Katowice, tel. 32 343-41-00, NIP 954-22-60-699, REGON 001100382,
- 2) Aktualne dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych dostępne są pod numerem tel. 32 343-41-00 lub na stronie zwps.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy,
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych,
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji, ustalonym zgodnie z odrębnymi przepisami,
- 6) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do właściwego organu, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,
- 8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, ich nieprzekazanie spowoduje niemożność realizacji zawartej umowy i związanych z nią obowiązków podatkowo-składkowych.

W przypadku niedostatecznego zrozumienia znaczenia w.w. treści możliwe jest uzyskanie informacji poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych.

Oświadczam, że przedstawiona treść obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO jest dla mnie zrozumiała.

.....
data i czytelny podpis

