



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

[biuro@spzpoz.busko.pl](mailto:biuro@spzpoz.busko.pl)



GK.111.1.1.20.

Busko-Zdrój dnia 02.11.2020r.

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT  
O UDZIELANIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA  
ZDROWOTNE W RODZAJU  
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA  
na rok 2021.**

Zatwierdzam

**KIEROWNIK**  
d/s Gospodarczych i Kadrowych  
*W/2 Henryk*  
**mgr Anita Kozioł**

.....  
(data i podpis)



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



## § 1

### PODSTAWA PRAWNA KONKURSU

1. Postępowanie konkursowe przeprowadzone będzie w oparciu o:
  - 1) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
  - 2) Ustawę z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej,
  - 3) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - 4) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
  - 5) Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia swojej oferty oferent powinien zapoznać się ze wszystkimi warunkami zawartymi w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.

## § 2

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ilekroć w szczegółowych warunkach konkursu jest mowa o:
  - 1) **Udzielającym zamówienie** – należy przez to rozumieć Samodzielny Publiczny Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju,
  - 2) **Przyjmującym zamówienie/oferencie** – należy przez to rozumieć podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoby fizyczne, legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do realizacji zamówienia,
  - 3) **umowie** – należy przez to rozumieć umowę na realizację świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
  - 4) **zamówieniu/konkursie** – należy przez to rozumieć postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
  - 5) **komisja** – należy przez to rozumieć Komisję konkursową powołaną w celu przeprowadzenia postępowania na świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

## § 3

### PRZEDMIOT I MIEJSCE REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Świadczenia w rodzaju Podstawowa Opieka Zdrowotna będą realizowane w dniach i godzinach ustalonych pomiędzy Udzielającym zamówienie, a Przyjmującym zamówienie w zakresie przedziału czasowego od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 18.00.
2. W zakres przedmiotu zamówienia wchodzi udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oraz nieubezpieczonym na zasadach określonych w przepisach.
3. Miejscem realizacji zamówienia jest lub są następujące jednostki organizacyjne Udzielającego Zamówienie: Przychodnia Rejonowa Nr 1 w Busku-Zdroju, Przychodnia Rejonowa Nr 2 w Busku-Zdroju, Ośrodek Zdrowia w Dobrowodzie, Ośrodek Zdrowia w Kołaczkowicach.





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



**§ 4**

**PRZEWIDYWANY CZAS TRWANIA UMOWY**

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zostanie zawarta na okres od dnia 01.01.2021r. do 31.12.2021r.

**§ 5**

**WYMAGANIA W STOSUNKU DO OFERENTÓW**

1. Do składania ofert i uczestnictwa w konkursie zaprasza się podmioty wykonujące działalność leczniczą i osoby fizyczne, legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do realizacji zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w ust. 2.
2. Minimalne wymagania kwalifikacyjne dla przyjmującego zamówienie:
  - 1) posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej,
  - 2) odbycie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny rodzinnej,
  - 3) posiadanie specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej,
  - 4) posiadanie specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie pediatrii,
  - 5) posiadanie specjalizacji I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej,
  - 6) posiadanie specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
  - 7) w trakcie specjalizacji.
3. Jednostką rozliczeniową w zakresie finansowania jest tzw. roboczogodzina za udzielanie świadczeń zdrowotnych.

**§ 6**

**WYMAGANE DOKUMENTY**

1. Oferta biorąca udział w konkursie powinna zawierać wypełniony formularz ofertowy, stanowiący Załącznik Nr 1 do niniejszych szczegółowych warunków konkursu ofert.
2. Wraz z formularzem ofertowym należy dołączyć wymagane następujące dokumenty:
  - 1) kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:
    - a) kopię dyplomu ukończenia uczelni medycznej,
    - b) kopię prawa wykonywania zawodu,
    - c) kopię karty specjalizacyjnej w przypadku rozpoczęcia specjalizacji, o której mowa w § 5 ust. 2 pkt 2,
    - d) kopię dyplomu specjalizacji I lub II stopnia lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty.
  - 2) Kopię zezwolenia na wykonywanie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej (dotyczy w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
  - 3) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (dotyczy w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



- 4) Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (dotyczy w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- 5) Kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie nr NIP lub wydruk CEIDG (dotyczy w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- 6) Kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie nr REGON lub wydruk CEIDG (dotyczy w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej),
- 7) Kopię polisy OC,
- 8) Pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta sporządzona jest przez pełnomocnika.

## **§ 7**

### **ZASADY I KRYTERIUM OCENY OFERTY**

1. Ocena spełnienia wymagań zostanie przeprowadzona na podstawie złożonych przez Oferenta dokumentów przy zastosowaniu formuły –„spełnia”, „nie spełnia”. Oferty nie spełniające wymagań zostaną odrzucone.
2. Kryterium oceny oferty: 100% cena jednostkowa za tzw. roboczogodzinę za udzielanie świadczeń zdrowotnych.
3. Zastrzega się, że oferta może nie zostać wybrana, jeżeli proponowana przez Oferenta cena przekroczy środki finansowe przewidywane na ten cel przez Udzielającego zamówienia.
4. Udzielający zamówienia dopuszcza przeprowadzenie z wybranymi oferentami negocjacji w celu ustalenia ceny i liczby świadczeń .

## **§ 8**

### **OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami na formularzu ofertowym wg wzoru stanowiącego Załącznik Nr 1 do niniejszych szczegółowych warunków konkursu ofert.
2. Koszty przygotowania i złożenia oferty ponosi Przyjmujący zamówienie.
3. Oferta oraz wszystkie dokumenty załączone do oferty muszą być podpisane, a kopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Przyjmującego zamówienie lub przez Pełnomocnika.
4. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Przyjmującego zamówienie lub przez Pełnomocnika.
5. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Przyjmujący zamówienie może zwrócić się do Udzielającego zamówienia o przedstawienie informacji niezbędnych do prawidłowego złożenia oferty.
6. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie 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.
7. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



niż przed terminem składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone wg takich samych wymagań jak składana oferta to jest w kopercie odpowiednio oznakowanej z dopiskiem „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

8. Przyjmujący zamówienie jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

9. Po upływie terminu składania ofert złożone w konkursie oferty wraz z wszystkimi załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi.

10. Udzielający zamówienia przed podpisaniem umowy może żądać, aby złożone w konkursie kopie dokumentów zostały przedstawione do wglądu w oryginałach.

## § 9

### MIEJSCE I TERMIN I SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć w punkcie kancelaryjnym (pokój nr 206) w Przychodni Rejonowej Nr 1 przy ul. Sądowej 9 w Busku-Zdroju lub nadać w formie przesyłki pocztowej w terminie wskazanym w ogłoszeniu (decyduje data i godzina wpływu do punktu kancelaryjnego).

2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

3. Ofertę wraz z załącznikami należy umieścić w zamkniętej i zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

### **OFERTA W KONKURSIE OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA W SP ZPOZ BUSKO-ZDRÓJ. OFERENT**

.....  
(należy podać pełną nazwę i adres siedziby oferenta)

4. Termin składania ofert : do dnia 20.11.2020r. do godz.13.30.

## § 10

### MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Termin otwarcia ofert: dnia 20.11.2020r. o godz.13.35. w pokoju nr 202 Przychodni Rejonowej Nr 1 przy ul. Sądowej 9 w Busku-Zdroju.

2. Podczas otwierania kopert z ofertami oferenci mogą być obecni oraz mogą składać wyjaśnienia i oświadczenia do protokołu.

3. Komisja w części jawnej ogłasza obecnym oferentom, które z ofert będą brały udział w konkursie, a które zostają odrzucone – jeśli ich odrzucenie da się stwierdzić w tej części zamówienia.

4. Ocena i wybór najkorzystniejszych ofert nastąpi w części niejawnego konkursu.

5. Udzielający zamówienia zaprosi w formie pisemnej lub telefonicznie wybranych oferentów do podpisania umowy.



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



## § 11

### TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ

1. Oferent może się zwracać do Udzielającego zamówienie telefonicznie lub na adres e-mail: [biuro@spzpoz.busko.pl](mailto:biuro@spzpoz.busko.pl) o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych ze sposobem przygotowania oferty na piśmie, nie później niż 1 dzień przed upływem terminu składania ofert.
2. Szczegółowych informacji formalnych udziela Przewodniczący Komisji Konkursowej Anita Kozioł pod numerem 41 356 71-24 od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30.- 14.00.

## § 12

### KOMISJA KONKURSOWA

1. Przeprowadzenie konkursu ofert odbywa się za pośrednictwem Komisji, powołanej Zarządzeniem Dyrektora SP ZPOZ Busko-Zdrój.
2. Tryb i zakres prac Komisji określa Regulamin Pracy Komisji.
3. Komisja obraduje na jawnych i niejawnych posiedzeniach.
4. W części jawnej, na której może być obecny oferent, nastąpi komisyjne:
  - 1) stwierdzenie liczby otrzymanych ofert,
  - 2) stwierdzenie ważności ofert pod względem zabezpieczenia i ich otwarcie,
  - 3) przyjęcie do protokołu wyjaśnień i oświadczeń zgłoszonych przez oferentów.
5. 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.
6. W części niejawniej, bez udziału oferentów, Komisja:
  - 1) zbada, które z ofert spełniają warunki,
  - 2) odrzuci oferty w przypadkach określonych w art. 149 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - 3) dokona wyboru oferty lub ofert, albo nie przyjmie żadnej z ofert.
7. Komisja w części niejawniej posiedzenia może prowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:
  - 1) liczby planowanych godzin udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 2) ceny za tzw. roboczogodzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych.
8. Do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia umowy.
9. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.
10. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.
11. Ogłoszenia, o których mowa w ust. 9 i 10, zawierają nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.
12. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje jego zakończenie.





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



### **§ 13**

#### **ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTOM**

1. W toku konkursu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego zakończenia oferent może złożyć do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu konkurs ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, iż jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu Komisja niezwłocznie zamieszcza na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent biorący udział w zamówieniu może wnieść do Dyrektora SP ZPOZ Busko-Zdrój w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia. Odwołanie wniesione po terminie podlega odrzuceniu.
8. 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.

### **§ 14**

#### **ZAWARCIE UMOWY**

1. Umowa będzie zawarta w terminie do 7 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu, z zastrzeżeniem § 13 ust. 8.
2. Oferenci, których oferty zostaną uznane za najkorzystniejsze będą powiadomieni o miejscu i terminie podpisania umowy.
3. Jeżeli oferent, którego oferta zostanie przyjęta, uchyli się z zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.
4. Wzór umowy stanowi Załącznik nr 2 do niniejszych Szczegółowych warunków konkursu ofert.

### **§ 15**

#### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Zastrzega się prawo odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyn.
2. Ogłoszenie o konkursie i jego rozstrzygnięciu zamieszcza się:
  - 1) na tablicy ogłoszeń w siedzibie SP ZPOZ Busko-Zdrój ,
  - 2) na stronie internetowej SP ZPOZ Busko-Zdrój.



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój  
faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>  
biuro@spzpoz.busko.pl



Załączniki:

1. Załącznik Nr 1 – wzór formularza ofertowego,
2. Załącznik Nr 2 – wzór umowy,
3. Załącznik Nr 3 – klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój  
faks: 41 356 71 15  
<http://www.spzpoz.busko.pl>  
biuro@spzpoz.busko.pl



Załącznik Nr 1  
do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
w rodzaju POZ.

**OFERTA**

**Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ na rzecz świadczeniobiorców  
SP ZPOZ Busko-Zdrój.**

1. Kwalifikacje Przyjmującego zamówienie:

.....  
.....

(wpisać kwalifikacje zgodnie z § 5 ust. 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

2. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń:

.....  
.....

(wpisać lokalizację zgodnie z § 3 ust. 3 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

3. Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie:

.....  
.....  
.....

prowadzący działalność gospodarczą     nie prowadzący działalności gospodarczej

(zaznaczyć we właściwym okienku )

4. Numer wpisu do właściwego rejestru – jeśli Przyjmujący zamówienie posiada:

.....

5. REGON – jeśli Przyjmujący zamówienie posiada: .....

6. NIP – jeśli Przyjmujący zamówienie posiada: .....

7. Bank i nr rachunku bankowego: .....

8. Adres prowadzonej działalności gospodarczej – jeśli Przyjmujący zamówienie posiada:

.....

9. Adres do korespondencji: .....

Telefon: ..... Fax .....



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



10. Nr prawa wykonywania zawodu: ..... Data jego uzyskania .....
11. Pesel: .....
12. Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia ):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
13. Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe:  
.....  
.....  
.....
14. Oferowana dostępność:  
Liczba godzin w tygodniu : ..... liczba godzin łącznie w miesiącu : .....  
Udzielanie świadczeń w dniach.....i godzinach.....
15. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju POZ świadczeniobiorcom na warunkach określonych umową pomiędzy Udzielającym zamówienie a NFZ.  
Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia za jedną godzinę w kwocie ..... zł brutto ( słownie : .....).
16. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych -załączam do oferty.

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



Załącznik Nr 1

do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w rodzaju POZ.

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych stanowiącą Załącznik nr 3 do Szczegółowych warunków konkursu.
6. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
7. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Zobowiązuje się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019r. poz. 866).
9. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
10. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
11. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



Załącznik Nr 2

do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w rodzaju POZ.

## UMOWA

zawarta w dniu .....2020r.  
o udzielenie świadczeń zdrowotnych pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju przy ul. Sądowej 9, 28-100 Busko-Zdrój reprezentowanym przez Dyrektora Mariusza Klimczyka zwanym w dalszej części umowy „Udzielającym zamówienie”.

a

..... reprezentowaną przez lek. med. .... posiadającym prawo wykonywania zawodu nr ..... wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w ..... zwanym w dalszej części umowy „Przyjmującym zamówienie”.

Na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej strony zawierają umowę o następującej treści:

### §1

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania w imieniu Udzielającego zamówienia świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust.1 będą realizowane w .....
3. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust.1.
4. Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych między nim a, Udzielającym zamówienia – będzie to podstawą do zgłoszenia do NFZ ustalonego harmonogramu.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności zawodowych.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania przepisów określających prawa pacjenta, zasad organizacji i standardów udzielania świadczeń zdrowotnych (w tym m. in. wystawiania recept, refundacji leków), Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i kodeksu etyki lekarskiej.
7. Udzielający zamówienie, jako administrator danych osobowych, powierzy Przyjmującemu zamówienie przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji niniejszej umowy.





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



**§2**

1. Udzielający zamówienia udostępnia Przyjmującemu zamówienie gabinet lekarski wraz z wyposażeniem oraz niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny.
2. Przyjmujący zamówienie nie może używać we własnym interesie rzeczy Udzielającego zamówienia.
3. Udzielający zamówienia zobowiązuje personel medyczny, pracowników działalności podstawowej i dział administracyjny do współpracy z Przyjmującym zamówienie w realizacji niniejszej umowy.

**§ 3**

1. Przyjmujący zamówienie prowadzi dokumentację medyczną i statystyczną w sposób wymagany przez i zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez NFZ i Udzielającego zamówienia oraz innych organów w zakresie, o którym mowa w ust. 1.

**§ 4**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w wysokości wymaganej odrębnymi przepisami przez cały okres umowy za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 ust. 1.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do okazania oryginału polisy, o której mowa w ust. 1, podczas podpisywania niniejszej umowy i przekazania kopii polisy, a w przypadku gdy polisa wygasa w okresie obowiązywania niniejszej umowy okazania kolejnego oryginału i przekazania jej kopii.
3. Przyjmujący zamówienie dokonuje we własnym zakresie rozliczeń będących wynikiem niniejszej umowy z ZUS i Urzędem Skarbowym.

**§ 5**

1. W sytuacjach losowych Przyjmujący zamówienie niezwłocznie powiadamia Udzielającego zamówienie o niemożności wykonywania świadczeń zdrowotnych, jednak nie później niż przed godzinami ustalonymi na realizację świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie zasad określonych w ust. 1 Przyjmujący zamówienie zapłaci Udzielającemu Zamówienie karę umowną w wysokości 100 zł za każdy dzień nieudzielania świadczeń.

**§ 6**

1. Odpłatność za zlecone usługi ustala się na kwotę .....,00 zł brutto (słownie: .....złotych) za wykonaną jedną godzinę.
2. Należność za wykonaną usługę będzie płatna na rachunek Przyjmującego zamówienie w terminie do 10-go następnego miesiąca, po przedłożeniu przez Przyjmującego



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



zamówienie, w ostatnim roboczym dniu miesiąca, rachunku potwierdzonego pod względem merytorycznym i formalnorachunkowym przez Udzielającego zamówienia.

3. Nr rachunku Przyjmującego zamówienie: .....
4. Przyjmującym zamówienie w ciągu roku przysługuje 20 dni wolnych (niepłatnych) udzielanych po uzgodnieniu terminu z Udzielającym zamówienia.

**§ 7**

1. Strony zawierają niniejszą umowę od dnia 01.01.2021r. do dnia 31.12.2021r.
2. Umowa może zostać wypowiedziana przez każdą ze stron z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

**§ 8**

Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy posiadanie aktualnych szkoleń z zakresu BHP, aktualnych badań profilaktycznych i przedstawi je Udzielającemu zamówienia.

**§ 9**

1. Udzielający zamówienie może naliczyć Przyjmującemu zamówienie karę umowną w przypadku:
  - 1) niedopełnienia obowiązków wynikających z postanowień umowy,
  - 2) nieprzestrzegania uzgodnionego harmonogramu udzielania świadczeń,
  - 3) uzasadnionych zastrzeżeń merytorycznych i formalnych w zakresie poprawności i rzetelności prowadzonej dokumentacji medycznej.
2. Kara umowna może zostać naliczona w wysokości do 5% wynagrodzenia netto Przyjmującego zamówienie za każde naruszenie.
3. Przyjmujący Zamówienie upoważnia Udzielającego zamówienie do potrącania naliczonych kar umownych z należnego mu wynagrodzenia.
4. Naliczenie kary umownej nie wyłącza roszczenia Udzielającego zamówienie o dochodzenie odszkodowania przekraczającego wysokość kary umownej.

**§ 10**

Przyjmujący zamówienie nie może pobierać jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszego zamówienia.

**§ 11**

1. Udzielający zamówienie może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
  - 1) wypowiedzenia umowy przez NFZ,
  - 2) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień do wykonywania zawodu, popełnienia w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwia dalsze świadczenie usług zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie,





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



- 3) nie ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z § 4 ust. 1 niniejszej umowy,
- 4) pobierania przez Przyjmującego zamówienie jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich rodzin z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.
5. Rozwiązanie umowy z przyczyn określonych w ust. 1 następuje bez obowiązku zapłaty odszkodowania Przyjmującemu zamówienie.

**§ 12**

Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej umowy w drodze negocjacji. Ewentualne spory wynikłe na tle realizacji umowy będzie rozstrzygał sąd właściwy ze względu na siedzibę Udzielającego zamówienia.

**§ 13**

1. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany zachować w tajemnicy wszystko, o czym dowiedział się w związku z wykonaniem niniejszej umowy.
2. Zobowiązanie, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy sytuacji, w których obowiązek ujawnienia informacji wynika z powszechnie obowiązujących przepisów, orzeczenia sądu lub decyzji właściwej władzy publicznej.

**§ 14**

W razie rozwiązania lub wygaśnięcia niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Udzielającemu zamówienie wszelkie rzeczy, sprzęt, dokumenty i materiały jakie otrzymał lub sporządził w trakcie trwania umowy.

**§ 15**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa.

**§ 16**

Zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 17**

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

.....  
Przyjmujący zamówienie

.....  
Udzielający zamówienie



**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

[biuro@spzpoz.busko.pl](mailto:biuro@spzpoz.busko.pl)



Załącznik Nr 3

do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w rodzaju POZ.

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH  
OSOBOWYCH**  
**w konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na rok 2021**

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 uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane w dalszej RODO, Samodzielny Publiczny Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Busku – Zdroju informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
**Samodzielny Publiczny Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Busku – Zdroju  
ul. Sądowa 9, 28 – 100 Busko – Zdrój**
2. Inspektorem Ochrony Danych, który zgodnie z postanowieniami RODO jest osobą nadzorującą przestrzeganie zasad ochrony danych osobowych w podmiocie, w którym został wyznaczony, jest:  
**radca prawny Łukasz Wroński  
Kancelaria Radcy Prawnego Łukasz Wroński, ul. Kościuszki 60/12, 28 – 100 Busko –  
Zdrój, tel.: +48 502 221 924, e-mail: [radca.wronski@op.pl](mailto:radca.wronski@op.pl)**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z **przeprowadzeniem konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na rok 2021.**
4. Odbiorcami Pani/Pana danych będą pracownicy Zamawiającego prowadzący postępowanie w sprawie konkursu, a także osoby i podmioty, którym dokumentacja może być udostępniona na podstawie przepisów prawa, w szczególności ustawy o finansach publicznych i ustawy o dostępie do informacji publicznej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu realizacji zamówienia, a następnie do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne w celu zawarcia i wykonania umowy w ramach niniejszego postępowania konkursowego, aczkolwiek odmowa ich podania uniemożliwi podjęcie współpracy pomiędzy Zamawiającym i Wykonawcą.
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO.
8. Posiada Pani/Pan:  
– na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,





**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

ul. Sądowa 9, 28-100 Busko – Zdrój

faks: 41 356 71 15

<http://www.spzpoz.busko.pl>

biuro@spzpoz.busko.pl



- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
  - 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,
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
9. Nie przysługuje Pani/Panu:
- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
  - 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.

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli