**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT NA UDZIELANIE SZPITALNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

CPV [**85111000-0 - Usługi szpitalne**](http://drzewo-cpv.phpfactory.pl/85110000-3) świadczone przez lekarzy specjalistów w zakresie:

**ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII w BLOKU OPERACYJNYM Z POP** oraz OIT, w punkcie konsultacyjnym, poradni leczenia bólu i interwencyjnie w innych komórkach organizacyjnych.

kod zakresu świadczeń: 03.0000.050.17 szpital pediatryczny, 03.4261.040.02 anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci-hospitalizacja, 03.4261.141.17- leczenie bólu

**DZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu ofert na zawieranie umów o udzielenie zamówienia na specjalistyczne świadczenia zdrowotne, zwane dalej „SWKO” określają:
   1. przedmiot konkursu ofert
   2. warunki wymagane od oferentów w tym sposób przygotowania oferty, wymagane dokumenty i tryb ich składania
   3. sposób przeprowadzenia konkursu
   4. kryteria oceny ofert
   5. tryb zgłaszania i rozpatrywania protestów i odwołań związanych z tymi czynnościami dotyczącymi postępowania konkursowego.
2. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, oferent winien zapoznać się z wszelkimi informacjami zawartymi w SWKO.
3. Konkurs ofert prowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2023r. poz.991 ).
4. Dokonując wyboru najkorzystniejszej oferty Udzielający Zamówienia stosuje zasady określone w SWKO i „Regulaminie przeprowadzania postępowania i pracy komisji konkursowej w zakresie udzielenia zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej innym podmiotom leczniczym lub osobom posiadającym fachowe kwalifikacje”.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podawania przyczyny, unieważnienia postępowania konkursowego oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia postępowania w przypadku konieczności uzupełnienia dokumentów prze oferenta lub wydłużenia negocjacji. O odwołaniu konkursu, przesunięciu terminów, unieważnieniu postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia zawiadamia oferentów poprzez informację na stronie [www.nieklanska.pl/konkursy](http://www.nieklanska.pl/konkursy).
6. Udzielający Zamówienia zastrzega, iż:
7. **nie jest możliwe łączenie świadczenia usług w ramach indywidualnej umowy udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zawartej w wyniku niniejszego konkursu z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej na świadczenie usług w zakresie objętym konkursem, zawartej z Udzielającym Zamówienia,**
8. **wykluczone z konkursu są osoby, z którymi Udzielający Zamówienie rozwiązał umowy z przyczyn leżących po stronie tych osób.**
9. W sprawach nie uregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane w ust.3.
10. Ilekroć w SWKO oraz jego załącznikach jest mowa o :
    * 1. oferencie – to rozumie się przez to podmiot leczniczy lub praktykę zawodową, określone w art.4. i 5 ust 2 pkt 1) ustawy o działalności leczniczej,
      2. Udzielającym Zamówienia – rozumie się przez to Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie ul. Niekłańska 4/24,
      3. świadczeniach zdrowotnych - rozumie się przez to świadczenia o których mowa w art. 2 ust.1. pkt 10 i 11 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2022r. poz. 633), **wykonywane w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy specjalistów,**
      4. ofercie – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, stanowiący załącznik nr 1 do SWKO wraz z koniecznymi dokumentami, podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie,
      5. umowie – rozumie się przez to wzór umowy stanowiący załącznik nr 2 do SWKO.

**DZIAŁ II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, wskazanych w definicjach specjalności lekarskich w dziedzinie **anestezjologii i intensywnej terapii,** w ramach działalności prowadzonej przez podmiot leczniczy lub indywidualną praktykę lekarską, w celu zabezpieczenia całodobowych usług lekarskich w ww. zakresie w szpitalu (kod zakresu świadczeń: 03.0000.050.17 szpital pediatryczny, 03.4261.040.02 anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci-hospitalizacja).
2. Świadczenia będą wykonywane w Bloku Operacyjnym z POP, w punkcie konsultacyjnym, w OIT, a także na zasadzie interwencji w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie ul. Niekłańska 4/24, w godzinach i w obsadzie osobowej określonej przez Udzielającego Zamówienia stosownie do potrzeb pacjentów albo sytuacji kadrowej, albo finansowej w Szpitalu. Przy 100% zapotrzebowaniu praca w Bloku na 5 salach w godzinach 8-16 dla 5 lekarzy, 1 lekarz na dyżurach w dni powszednie 16-8, w dni świątęczne, niedziele i soboty 8-8, praca w OIT dni powszednie 8-16 dla 2 lekarzy, dyżury 1 lekarz.
3. Szacunkowa liczba godzin udzielania świadczeń do wykonania w miesiącu wynosi przeciętnie **2669 godzin .**
4. Oczekiwana liczba godzin świadczeń wynosi **szacunkowo od 100 do 200** w miesiącu dla jednego lekarza.
5. **Dopuszczalna minimalna liczba godzin w miesiącu wynosi 24 dla 1 lekarza**.
6. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego zostaną wybrane najkorzystniejsze oferty w ilości zapewniającej wyczerpanie szacunkowej liczby **32032 godzin rocznie,** z propozycjami cenowymi nie przekraczającymi maksymalnej wartości zamówienia.

**DZIAŁ III. ZASADY PRZEPROWADZENIA KONKURSU OFERT**

1. **WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW**
2. Ofertę składa oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym tj. oferent jest lekarzem specjalistą w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii z minimum 1 rocznym doświadczeniem w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u dzieci. Jeśli złożone oferty nie wypełnią ilościowego zapotrzebowania dopuszcza się lekarzy ze specjalizacją I stopnia w ww. zakresie z zastrzeżeniem, iż oferta cenowa będzie niższa co najmniej o 10%.
3. Oferent jest zobowiązany do posiadania wpisu we właściwym rejestrze o wykonywaniu działalności leczniczej .
4. Oferta musi być kompletna, złożona zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym SWKO, musi zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty określone na formularzu ofertowym, w tym m.in. informację z KRK o karalności tzw. „zapytanie o karalność” do uzyskania w Biurze Informacji Sądowej elektronicznie lub osobiście np. w Warszawie Czerniakowska 100, Terespolska 15
5. Oferty zawierające propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
6. Liczba deklarowanych przez 1 lekarza usług **nie może być niższa niż 24 godziny miesięcznie.**

**B. PRZYGOTOWANIE OFERTY**

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w SWKO, łącznie z dokumentami wymienionymi na formularzu ofertowym, udostępnionym przez Udzielającego Zamówienia.
2. Ofertę stanowi formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienia, będący załącznikiem nr 1 do SWKO wraz z koniecznymi dokumentami.
3. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim pod rygorem odrzucenia oferty.
6. Ofertę oraz każdą z jej stron podpisuje oferent lub osoba upoważniona na podstawie oryginalnego pełnomocnictwa. Poprawki w ofercie mogą nastąpić poprzez przekreślenie błędnego zapisu, wprowadzeniu wyraźnego nowego zapisu i umieszczeniu obok podpisu oferenta.
7. Oferent może wycofać złożoną ofertę powiadamiając pisemnie Udzielającego Zamówienia przed upływem terminu składania ofert.
8. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem:

**„Konkurs oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii ”**

ze wskazaniemfirmy oferenta oraz kontaktu.

**C. INFORMACJA O DOKUMENTACH ZAŁ**Ą**CZANYCH PRZEZ OFERENTA**

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty dokumenty wskazane w formularzu oferty.
2. Dokumenty oferent przedkłada w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej przez siebie lub pełnomocnika za zgodność z oryginałem.
3. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający Zamówienia może zażądać od oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu, gdy kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.
4. Oferent jest obowiązany załączyć kserokopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .

**D. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę składa się w siedzibie Szpitala w Dziale Kadr, wejście od ul. Londyńskiej Budynek F II klatka Administracja, II piętro, w terminie **do 23-05-2024r. do godziny 10,00.**
2. Do bezpośredniego kontaktowania się z oferentami ze strony Udzielającego Zamówienia uprawniony jest kierownik kadr, tel. 022/5098590

**E. TERMIN ZWI**Ą**ZANIA OFERT**Ą

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

**F. KOMISJA KONKURSOWA**

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty dokumenty wskazane w formularzu oferty. W przypadku osoby stale współpracującej ze Szpitalem w ofercie pomijamy dokumenty związane z kwalifikacjami to jest: dyplomy, prawo wykonywania zawodu, przebieg pracy zawodowej, natomiast obowiązkowo należy dołączyć:
   1. aktualny wypis z księgi rejestrowej z RPWDL rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/ dla podmiotu leczniczego
   2. aktualny wypis z KRS dla podmiotu leczniczego
   3. aktualny wydruk księgi rejestrowej z rejestru RPWDL dla indywidualnej praktyki zawodowej lekarskiej
   4. aktualny wydruk z CEIDG dla indywidualnej praktyki zawodowej lekarskiej
   5. **informacja z Krajowego Rejestru Karnego –** „zapytanie o karalność” **( aktualność informacji określamy na 6 m-cy od daty uzyskania)** do uzyskania w Biurze Informacji Karnej przy Sądzie np. w W-wie ul. Czerniakowska 100, Terespolska 15
   6. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem składek ZUS
   7. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem podatku
   8. aktualna polisa ubezpieczeniowa oc
   9. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy w zawodzie lekarza anestezjologa,
   10. aktualne zaświadczenie o szkoleniu bhp dla lekarza,
   11. lista osób świadczących usługi ze wskazaniem doświadczenia i deklarowanej liczby godzin w miesiącu (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje: dyplom, dyplomy specjalizacji oraz orzeczeniami o dopuszczeniu do pracy w zawodzie i bhp, oraz KRK dla każdego lekarza).
2. Szczegółowe zasady pracy komisji konkursowej określa „Regulamin przeprowadzania postępowania i pracy komisji konkursowej w zakresie udzielenia zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej innym podmiotom leczniczym lub osobom posiadającym fachowe kwalifikacje” .
3. Członkiem komisji nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w komisji w przypadkach wskazanych w regulaminie.
4. W razie konieczności wyłączenia członka komisji konkursowej z przyczyn, o których mowa w § 2 pkt.5 regulaminu, nowego członka komisji powołuje Udzielający Zamówienia.
5. Udzielający Zamówienia nie powołuje nowego członka komisji konkursowej o ile komisja konkursowa liczyć będzie, pomimo wyłączenia jej członka, co najmniej trzy osoby.
6. Udzielający Zamówienia wskazuje nowego przewodniczącego, jeśli wyłączenie członka komisji konkursowej dotyczy osoby pełniącej tę funkcję.

**G. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT ORAZ PRZEBIEG KONKURSU**

1.Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **23-05-2024r. o godz. 10.30** w siedzibie Udzielającego Zamówienia w sali spotkań w Administracji Budynek F II p.

2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej:

1. w części jawnej komisja stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu, liczbę otrzymanych ofert, otwiera koperty z ofertami oraz przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
2. w części niejawnej komisja ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu, odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom konkursu, wzywa oferentów do usunięcia braków formalnych, porównuje oferty, wybiera najkorzystniejszą ofertę/y lub przeprowadza indywidualne negocjacje celem wyboru najkorzystniejszej oferty albo ofert zapewniających ciągłość udzielania świadczeń.

3.Szczegółowe zasady postępowania komisji konkursowej określa „Regulamin przeprowadzania postępowania i pracy komisji konkursowej w zakresie udzielenia zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej innym podmiotom leczniczym lub osobom posiadającym fachowe kwalifikacje”.

**H. KRYTERIA OCENY OFERT**

1. Kryteria oceny oferty stanowią:

1. jakość (udokumentowane kwalifikacje zawodowe; specjalizacja) – waga 10% ,
2. kompleksowość (posiadane doświadczenie zawodowe, które gwarantuje możliwość udzielania świadczeń z uwzględnieniem wszystkich etapów procesów diagnostycznych i terapeutycznych) – waga 5%,
3. ciągłość ( oferowany czas trwania umowy)- waga 5%,
4. dostępność (oferowana liczba godzin w miesiącu) – waga 40%,
5. cena za udzielanie świadczeń -waga 40%.

Maksymalna liczba punktów do uzyskania przez oferenta wynosi 3.

**Ad a. jakość –** komisja konkursowa bierze pod uwagę stopień specjalizacji:

* + 1. tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii+ doktorat – 3 pkt.
    2. tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i int. terapiii – 2 pkt
    3. specjalizacja I stopnia w wymaganej dziedzinie - 1 pkt.

**ad b. kompleksowość /doświadczenie –** komisja konkursowa bierze pod uwagę doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą do lat 18:

* 1. powyżej 6 lat - 3 pkt.
  2. 6 – 3 lata 1 dzień - 2 pkt.
  3. 3- 1 rok - 1 pkt.

**ad c. ciągłość –** komisja konkursowa bierze pod uwagę proponowaną długość trwania umowy:

1. 3 lata i powyżej - 3 pkt
2. od 2 lat do 2 lat i 11mcy - 2 pkt
3. od 1 roku do 1 roku i 11mcy - 1 pkt

**ad d. dostępność** – komisja konkursowa bierze pod uwagę zaoferowaną miesięczną liczbę godzin wykonywania świadczeń przez 1 lekarza:

1. powyżej 160 godzin - 3 pkt.
2. 160 - 100godzin - 2 pkt.
3. 99 – 24 godziny - 1 pkt.

**Komisja konkursowa odrzuca oferty z deklarowaną liczbą godzin niższą niż wymagana w warunkach konkursu** .

a**d e. cena za udzielanie świadczeń -** komisja konkursowawylicza ocenę wg wzoru:

Ocena ceny = cena najniższa / cena oferenta x 3 pkt.

**Cena nie może przewyższać ceny skalkulowanej w maksymalnej wartości zamówienia.**

**W przypadku oferentów z I stopniem specjalizacji cena musi być niższa niż przewidziana dla specjalisty, oferty będą oceniane jeżeli oferty złożone przez specjalistów nie wypełnią ilościowego zapotrzebowania.**

**Ocena końcowa** zostanie wyliczona wg wzoru:

ocena = (liczba punktów za jakość x 10%) + (liczba punktów za kompleksowość x 5%) + ( liczba pkt. za ciągłość x 5%) + ( liczba pkt. za dostępność x 40%) + (liczba punktów za cenę x 40%)

W przypadku oferty zbiorowej podmiotu leczniczego ocena będzie dotyczyła każdego lekarza. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do wniesienia zastrzeżeń co do lekarzy dedykowanych przez Przyjmującego Zamówienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych. W przypadku wniesienia zastrzeżeń Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie w drodze negocjacji ustalą listę lekarzy.

2. Komisja konkursowa wybiera ofertę/y mając na uwadze zapotrzebowanie Udzielającego Zamówienia na określoną liczbę godzin wykonywania świadczeń w miesiącu, maksymalną wartość zamówienia oraz kwalifikacje oferentów.

**I. ROZSTRZYGNI**Ę**CIE KONKURSU, WARUNKI ZAWARCIA UMOWY**

1. Komisja konkursowa dokonuje wyboru najkorzystniejszych ofert biorąc pod uwagę zapotrzebowanie na określoną w dziale II pkt. 6) SWKO liczbę i wartość świadczeń.

2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu

o konkursie ofert.

3. Udzielający Zamówienia unieważni konkurs, jeżeli nie zostaną złożone żadne oferty lub jeżeli ich ceny będą przekraczały środki przeznaczone na sfinansowanie świadczeń.

4. Oferentowi/om wybranym w wyniku postępowania konkursowego Udzielający Zamówienia lub osoba upoważniona, w tym przypadku kierownik działu kadr, wskazuje termin i miejsce podpisania umowy.

**DZIAŁ IV. ŚRODKI ODWOŁAWCZE**

1. Przed rozstrzygnięciem konkursu oferent może złożyć do komisji konkursowej protest, w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżanej czynności. Komisja rozpatruje protest w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania.

2. Informacje o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu umieszcza się na tablicy i stronie internetowej.

3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe zostaje zawieszone.

3. Oferent, może złożyć do Udzielającego Zamówienia odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia konkursu, w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia. Odwołanie wniesione po tym terminie nie podlega rozpatrzeniu.

4. Odwołanie jest rozpatrywane w terminie 7 dni od daty otrzymania.

5.W przypadku uwzględnienia odwołania postępowanie konkursowe zostaje unieważnione.

**DZIAŁ V. POSTANOWIENIA KO**Ń**COWE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych **Oferenta** jest Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie, adres: ul. Niekłańska 4/24, 03-924 Warszawa;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@nieklanska.pl;
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO w zw. z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom , z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
5. administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. **Oferent** ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora,
7. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres **3 lat od zakończenia roku kalendarzowego**, w którym rozstrzygnięto konkurs, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przechowywania np. z uwagi na dochodzenie roszczeń;
8. **Oferentowi** przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udziału w konkursie ofert. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odrzucenie oferty;
10. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe Oferenta.

Załącznik nr 1 do SWKO

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. **Dane podmiotu/praktyki lekarskiej**

Firma/nazwisko i imię...................................................................................................................

Siedziba firmy: kod……………………….. miejscowość……………………………………... ulica.................................................................................... nr …………………………………..

e-mail ……………………………………..……. tel. ………………………………………….

REGON ………………………………………….. NIP ……………………………………….

PESEL ………………………………………….

Nr prawa wykonywania zawodu...................................................................................................

Nr wpisu do rejestru podmiotów działalności leczniczej/indywidualnej praktyki lekarskiej ...........................................................................................

Specjalizacja (**jakość** - *nazwa , stopień i data uzyskania)* ..........................................................

**(kompleksowość)** - staż pracy jako lekarz specjalista w anestezjologii i intensywnej terapii .......... lata, staż pracy jako lekarz anestezjolog i intensywnej terapii u dzieci............. lata.

**2. Oferta - zakres świadczeń, dostępność** *(deklarowana liczba godzin)***, proponowana cena, ciągłość** *(proponowany termin trwania umowy):*

Zgłaszam ofertę na udzielanie szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu Dziecięcym im. prof. dr. med. J. Bogdanowicza w Warszawie, zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w SWKO, w ramach umowy kontraktowej .

Deklaruję wykonywanie usług :

**w wymiarze średnio ……………….. godzin miesięcznie (dostępność) ,**

**wg stawki ……………… zł za godzinę (cena).**

Proponuję zawarcie umowy na okres ……. lat od dnia ………………….. do dnia…………………. **(ciągłość)**

**3. Oświadczenie:**

1.Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że *(oferent wpisuje jestem albo nie jestem, w przypadku podmiotu leczniczego: wykonujący świadczenia są albo nie są* );

a) …....................................... zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich,

b) …......................................ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

c) …......................................pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

3. Oświadczam, że pracuję w:

a. …............................................................................................................................................. na podstawie umowy o pracę\*, umowy cywilno-prawnej\*, w dniach i godzinach:…................................................................................., która/y jest moim głównym miejscem pracy,

b. ................................................................................................................................................ na podstawie umowy o pracę\*, umowy cywilno-prawnej\*, w dniach i godzinach:…..................

c. ................................................................................................................................................ na podstawie umowy o pracę\*, umowy cywilno-prawnej\*, w dniach i godzinach:…..................

4\*. **Oświadczam, iż zapoznałam/em się z informacją zawartą w Dziale V. SWKO**

zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) o administratorze danych, inspektorze ochrony danych, przetwarzaniu danych, dostępie do danych i innych obowiązkach administratora. oraz o moich uprawnieniach. Zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z rozpatrzeniem oferty i realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

5\*. *(oświadczenie wypełniane w przypadku zgłaszania innych Wykonawców świadczeń zdrowotnych)*

W celu zapewnienia, że Przyjmujący Zamówienie dopełni obowiązku informacyjnego oraz ochrony prawnie uzasadnionych interesów osoby trzeciej, której dane zostały przekazane w związku z udziałem Przyjmującego Zamówienie w postępowaniu, **Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie świadczeń medycznych w trybie ustawy o działalności leczniczej**.

6\*. *(oświadczenie wypełniane w przypadku zgłaszania innych Wykonawców świadczeń zdrowotnych)*

**Oświadczam, iż zgłaszam gotowość do dokonywania zmian w zatrudnieniu osób świadczących usługi,** w stosunku do imiennego wykazu lekarzy stanowiącego załącznik do niniejszej oferty, w zależności od potrzeb zgłaszanych przez Udzielającego Zamówienia, każdorazowo w uzgodnieniu z Udzielającym Zamówienia.

*\* niepotrzebne skreślić*

Warszawa dnia …........................................ ….........................................

*podpis oferenta*

*ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (oznaczone\*\* są obowiązkowymi załącznikami do ofert dla podmiotu leczniczego, \*\*\* obowiązkowe dla indywidualnej praktyki lekarskiej)*

1. aktualny wypis z księgi rejestrowej z RPWDL rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/podmioty lecznicze - *https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/Search* \*\*
2. aktualny wypis z KRS\*\*
3. aktualny wydruk księgi rejestrowej z rejestru RPWDL/praktyki zawodowe lekarskie *https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPZ/Search?institutionType=L*
4. aktualny wydruk z CEIDG - *https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search.aspx* \*\*\*
5. **informacja z KRK – aktualność informacji określamy na 6 m-cy od daty uzyskania,** w przypadku podmiotu KRK dla wszystkich lekarzy \*\*/\*\*\*
6. dyplom lekarza \*\*\*
7. prawo wykonywania zawodu\*\*\*
8. …...... dyplomy specjalizacji, \*\*\*
9. opis przebiegu pracy zawodowej\*\*\*
10. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem składek ZUS\*\*/\*\*\*
11. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem podatku\*\*/\*\*\*
12. polisa ubezpieczeniowa oc\*\*/\*\*\*
13. orzeczenie lekarza medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy w zawodzie\*\*\*
14. zaświadczenie o szkoleniu bhp \*\*\*
15. lista osób świadczących usługi ze wskazaniem doświadczenia w ratownictwie medycznym i deklarowanej liczby godzin w miesiącu (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje: dyplom, dyplomy specjalizacji, oświadczeniami o niekaralności oraz orzeczeniami o dopuszczeniu do pracy w zawodzie i bhp)\*\*

*Załącznik do oferty nr ……*

**Imienny wykaz lekarzy, którzy będą świadczyli usługi w ramach oferty wraz ze wskazaniem ich kwalifikacji zawodowych**

Nazwa Przyjmującego Zamówienie :………………………………………………………………………………………………………

Siedziba Przyjmującego Zam. :………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *lp* | *Nazwisko i imię* | *Pesel* | *Nr prawa wykonywania zawodu* | *Kwalifikacje stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii* | *doświadczenie w anestezjologii dziecięcej liczba lat* | *Deklarowana liczba godzin w miesiącu* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**W.W. wiąże z Przyjmującym Zamówienie umowa o pracę/ umowa zlecenie/ umowa**

**………………………………………………….. \*** *określić rodzaj umowy/niewłaściwe skreślić*

**.........................................., dnia ...........................**

**.......................................................................**

***podpis i pieczęć osoby/osób***

***uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania***

***Wykonawcy***

*Załącznik nr 2 do SWKO*

**( projekt) UMOWA – KONTRAKT nr /2024 O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

W dniu **…………………………. 2024r.** w Warszawie pomiędzy :

**Szpitalem Dziecięcym im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza SPZOZ** z siedzibą w Warszawie 03-924 Warszawa ul. Niekłańska 4/24, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000118403, NIP: 1131144295, REGON 000297359, reprezentowanym przez lek. med. Małgorzatę Stachurską -Turos Dyrektora Szpitala, zwanym dalej „Udzielającym Zamówienia”

a

**………………………………………………………………….**, zwaną dalej „Przyjmującym Zamówienie”,

łącznie zwanych „Stronami”, na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023r. poz. 991), w wyniku konkursu ofert rozstrzygniętym w dniu ……………………., została zawarta umowa o następującej treści:

§1

1. Udzielający Zamówienia zleca a Przyjmujący Zamówienie przyjmuje zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ***anestezjologii i intensywnej terapii***, wykonywanych w siedzibie Udzielającego Zamówienie w Warszawie ul. Niekłańska 4/24 **w bloku operacyjnym z pododdziałem pooperacyjnym, w punkcie konsultacyjnym,** w **oddziale intensywnej terapii, w zakładzie diagnostyki obrazowej oraz na wezwanie w innych oddziałach szpitalnych.**

2. Przedmiotem umowy jest wykonywanie świadczeń w rozumieniu art. 2 ust.1 pkt 10 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej, w zakresie procedur anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie ze standardami postępowania w dziedzinach medycyny dziecięcej. Przyjmujący Zamówienie wykonuje czynności służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia.

3. W przypadku umowy z podmiotem leczniczym, Przyjmujący Zamówienie w uzgodnieniu z Udzielającym Zamówienia wyznacza koordynatora umowy, odpowiadającego m.in. za ustalanie harmonogramów pracy lekarzy (załącznik nr 1a).

4. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do realizacji umowy w wymiarze zapewniającym ciągłość świadczeń pacjentom Udzielającego Zamówienia, **w szacunkowej ilości od 100 do 200 godzin miesięcznie**. Czas wykonywania usług będzie potwierdzany przez **Kierownika OIT** jak w załączniku nr 1 do niniejszej umowy. **Niedopuszczalnym jest łączenie zmian pracy 1 lekarza w ciąg dłuższy niż 24 godziny.**

5. **Minimalna miesięczna liczba godzin pracy dla 1 lekarza wynosi 24.** Minimalna miesięczna liczba godzin pracy może ulec zmniejszeniu jedynie w przypadkach uzasadnionych organizacją pracy, za uprzednią zgodą Udzielającego Zamówienia lub w przypadkach określonych w § 5 ust. 6 niniejszej umowy. O zgodę na zmniejszenie minimalnej miesięcznej liczby godzin pracy występuje Przyjmujący Zamówienie do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa z pisemnym wnioskiem zawierającym uzasadnienie a potwierdzonym przez Kierownika OIT.

6. Nadzór nad realizacją niniejszej umowy sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 2

Udzielający Zamówienia przyjmuje na siebie obowiązki:

1. Nieodpłatnego udostępnienia Przyjmującemu Zamówienie pomieszczeń, sprzętu i aparatury należących do Udzielającego Zamówienia.

2. Zapewnienia bieżących napraw i konserwacji sprzętu i urządzeń służących do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

3. Zapewnienia bieżącego zaopatrzenia w leki, materiały medyczne, preparaty diagnostyczne i inne środki medyczne niezbędne do bieżącej realizacji zadań wynikających z niniejszej umowy, na zasadach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.

4. Nieodpłatnego udostępnienia pomieszczeń socjalnych na terenie Udzielającego Zamówienia.

5. Zapewnienia bieżących dostaw energii elektrycznej i cieplnej, dostaw wody, gazów med., zabezpieczenia w środki czystości, bieżącego sprzątania pomieszczeń na zasadach obowiązujących u Udzielającego Zamówienia.

6. Zabezpieczenia obsługi pacjenta przez personel średni i niższy.

§3

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń, z zachowaniem najwyższej staranności uwzględniającej zawodowy charakter prowadzonej przez niego działalności tj.: z wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych oraz z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny. Wynagrodzenie określone w § 7 niniejszej umowy będzie wypłacane tylko za faktycznie wykonane świadczenia. Wykonanie mniejszej ilości godzin niż przewidziana w § 1 ust. 4 niniejszej umowy, jako wielkość szacunkowa, nie rodzi roszczeń po stronie Przyjmującego Zamówienie.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania :

1. przepisów określających prawa pacjenta,
2. przepisów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia, w tym przepisów dotyczących ochrony danych osobowych uregulowanych w Polityce Ochrony Danych Osobowych,
3. standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Udzielającego Zamówienia.

3. Przyjmujący Zamówienie jest obowiązany do:

a) korzystania w razie potrzeby z konsultacji specjalistów oraz z badań diagnostycznych

wykonywanych w działach i pracowniach Udzielającego Zamówienia,

1. w razie konieczności korzystania z diagnostyki niemożliwej do zrealizowania w pracowniach Udzielającego Zamówienia Przyjmujący Zamówienie może wystawiać skierowania tylko do placówek, które mają podpisaną umowę z Udzielającym Zamówienia. Skierowania muszą być zatwierdzone przez pełnomocnika Udzielającego Zamówienia tj. Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa,
2. współpracy z lekarzami oraz pielęgniarkami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia,
3. dokonywania stosownych wpisów i adnotacji w dokumentacji medycznej pacjentów oraz prowadzenia dokumentacji w systemie informatycznym Udzielającego Zamówienia. Druki: rozliczeń (dzienne zestawienia przyjętych pacjentów), skierowań, recept i inne są dostarczane bezpłatnie przez Udzielającego Zamówienia.
4. prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów wg standardów obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
5. pisemnego ustosunkowania się do skargi pacjenta na wykonywaną przez siebie usługę i przekazania wyjaśnień do Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

4. Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest do:

* 1. ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 umowy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29-04-2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r. poz. 866)
  2. okazania umowy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. a) przy podpisywaniu umowy oraz dostarczenia kopii polisy jako załącznika do niniejszej umowy,
  3. utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,

d) wznawiania umowy ubezpieczeniowej w dniu jej wygaśnięcia.

5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przestrzegać zasad uczciwej konkurencji, za naruszenie której Strony uważają:

1. wskazywanie pacjentom Udzielającego Zamówienia innych niż Udzielający Zamówienia wykonawców usług medycznych, w zakresie świadczeń prowadzonych przez Udzielającego Zamówienia,
2. przyjmowanie pacjentów Udzielającego Zamówienia w innym zakładzie opieki zdrowotnej lub gabinecie, jeżeli świadczenia mogą być wykonane u Udzielającego Zamówienia,

c) udzielanie osobom trzecim informacji, których ujawnienie mogłoby być szkodliwe dla interesów

Udzielającego Zamówienia.

6. Przyjmujący Zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddawania się kontroli uprawnionych organów szczególnie w zakresie dostępności i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ponosząc ryzyko ewentualnych kar.

§ 4

1. Przyjmujący Zamówienie może zostać obciążony kosztami świadczeń, za które płatnicy zewnętrzni nie zapłacili w związku z nieprzestrzeganiem przez Przyjmującego Zamówienie zasad, procedur wymaganych przez tychże płatników.

2. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za udzielanie bądź zaniechanie udzielania świadczeń i odpowiada za szkody wyrządzone pacjentom w ich wyniku.

3. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełne koszty utraconych przez Udzielającego Zamówienia przychodów w przypadku; zaniedbania, nierzetelnego prowadzenia rozliczeń i raportów z wykonanych świadczeń na rzecz NFZ i innych płatników zewnętrznych.

4. Przyjmujący Zamówienie ponosi koszty napraw sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 5

1.Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest przedstawiać do akceptacji; Kierownikowi OIT lub innej osobie wyznaczonej przez Udzielającego Zamówienia, harmonogram pracy, **na okres 1 miesięczny, do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczynający kolejny okres**, którego dotyczy usługa**.** Jeśli harmonogram nie zostanie przedstawiony w okresie wskazanym w zdaniu pierwszym przyjmuje się jako analogiczny harmonogram z poprzedniego okresu.

2. Kierownik OIT lub inna osoba wyznaczona przez Udzielającego Zamówienia ma prawo wniesienia zastrzeżeń do harmonogramu.

3. W przypadku wniesienia zastrzeżeń Kierownik OIT lub wyznaczona przez Udzielającego Zamówienia osoba i koordynator umowy, o którym mowa w ust. 4, wspólnie uzgadniają harmonogram. *(dot. wyłącznie podmiotu leczniczego)*

4.Przyjmujący Zamówienie w uzgodnieniu z przedstawicielem Udzielającego Zamówienia w osobie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wyznacza koordynatora umowy. *(dot. wyłącznie podmiotu leczniczego)*

5. Do obowiązków koordynatora umowy należy *(dot. wyłącznie podmiotu leczniczego)*:

a) ustalanie harmonogramów pracy z zastrzeżeniem ust.1-3,

b) przedstawianie do zatwierdzenia zmian w imiennym wykazie lekarzy którzy świadczą usługi, stanowiącym załącznik do oferty w konkursie,

c) aktualizowanie dokumentów i kontaktów do osób wykonujących świadczenia,

d) koordynowanie zamian/ zastępstw,

e) potwierdzanie faktur wystawianych przez Przyjmującego Zamówienie,

f) rozpatrywanie spraw spornych i skarg .

6. W przypadku niezdolności do świadczenia usług Przyjmujący Zamówienie obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o przewidywanym okresie trwania nieobecności i wyznaczyć zastępstwo spośród innych lekarzy, świadczących usługi na rzecz Udzielającego Zamówienia w ramach umów kontraktowych. Uzasadnieniem nieobecności może być choroba, wypadek losowy, wypoczynek w wymiarze nie większym niż 4 tygodnie w roku kalendarzowym (tydzień oznacza 7 kolejnych dni kalendarzowych począwszy od poniedziałku). **Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek dostarczyć Kierownikowi OIT pisemne/e-mail zawiadomienie o nieobecności ze wskazaniem terminu, przyczyny oraz osoby zastępującej. Zawiadomienie, o którym mowa wyżej Kierownik OIT dołącza do sprawozdania z wykonania usług danego wykonawcy. Za wykonanie usług w wymiarze niższym niż 100 godzin miesięcznie stawka za usługi wynosi jak w § 7 ust. 1 a).**

7. Nieuzasadniona odmowa wykonywania świadczeń, **niezgodne z harmonogramem realizowanie przedmiotu umowy tj.: rozpoczynanie pracy z opóźnieniem, zawinione przez Przyjmującego Zamówienie przerwy w udzielaniu świadczeń, wcześniejsze opuszczanie miejsca wykonywania usług, nieuzasadniona nieobecność** będą skutkować nałożeniem na Przyjmującego Zamówienie kary umownej w wysokości określonej w § 8 pkt. 6c. **Z wnioskiem o nałożenie kary występuje Kierownik OIT do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.**

8.Wykonywanie usług powyżej ustalonego w § 1 ust. 4 niniejszej umowy szacunku, może nastąpić tylko za zgodą Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. **Akceptację Z-cy Dyrektora ds. lecznictwa składaną na harmonogramie pracy tworzonym przez Kierownika OIT uznaje się za zgodę na zwiększenie szacunkowej miesięcznej liczby godzin wykonywania usług.** Brak zgody w/w osób powoduje utratę prawa do wynagrodzenia za czas pracy ponad szacunek, z zastrzeżeniem ust. 9.

9. Postanowienia ust. 1-3 nie wykluczają możliwości udzielania świadczeń w terminach dodatkowych w stosunku do uzgodnionego harmonogramu świadczeń w przypadkach nagłych lub wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych pozostających poza kontrolą stron niniejszej umowy. **Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany każdorazowo do pisemnego poinformowania Kierownika OIT o takim przypadku. Kierownik OIT załącza tę informację, ze swoją adnotacją dotyczącą uzasadnienia, do sprawozdania z wykonanych usług.**

§ 6

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że będzie działał zgodnie z zasadą ograniczającą nieuzasadniony wzrost kosztów świadczeń.

§ 7

1. Za świadczone usługi Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał należności w wysokości uzależnionej od łącznej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu to jest:

* 1. **……… zł za każdą godzinę wykonywania usług w wymiarze mniejszym i równym 99 godzinom w miesiącu****,**
  2. **……… zł za każdą godzinę wykonywania usług w wymiarze równym lub większym niż 100 godzin w miesiącu.**

1. Okresy rozliczeniowe- obrachunkowe umowy wynoszą 1 miesiąc kalendarzowy.

§ 8

1. Należność za wykonanie świadczeń, wynikająca z § 7 umowy, będzie dokonywana po dostarczeniu przez Przyjmującego Zamówienie prawidłowo wypełnionej faktury/rachunku, łącznie z dokumentami rozliczeniowymi (załącznik nr 1 do umowy).

2. Faktury/rachunki winny być przedkładane Udzielającemu Zamówienia do kancelarii/sekretariatu szpitala, do 7 dnia następnego miesiąca po zamknięciu miesiąca obrachunkowego, nie wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca, za który faktura/rachunek jest wystawiany.

3. Zapłata należności nastąpi nie później niż 30 dni od daty otrzymania prawidłowej faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia, na konto wskazane na fakturze/rachunku.

4.W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu/rachunku/fakturze wypłata należności zostanie wstrzymana do czasu wyjaśnienia rozbieżności. W takim przypadku realizacja należności następować będzie w terminie 30 dni od daty złożenia poprawnie wystawionej faktury/ rachunku Udzielającemu Zamówienia. Przyjmującemu Zamówienie nie przysługują odsetki za opóźnienie w płatnościach.

5. Wypłata należności dla Przyjmującego Zamówienie w terminach innych niż w ust. 3, wynikająca ze zwłoki lub opóźnienia w przekazywaniu należności dla Udzielającego Zamówienia przez NFZ czy innego płatnika, nie później niż **60** dni od upływu terminu z ust. 3, nie skutkuje powstaniem po stronie Przyjmującego Zamówienia roszczeń.

6. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącania z faktur/rachunków wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie kosztów oraz kar w tym w szczególności:

a) nałożonych na Szpital kar w pełnej wysokości szkody powstałej na skutek:

1. nieprawidłowego wystawiania recept refundowanych przez NFZ,
2. przedstawianie do rozliczeń danych niezgodnych ze stanem faktycznym, w tym realizowanie niecelowych świadczeń,
3. prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niekompletny lub jej braku,
4. stwierdzenia braku realizacji zaleceń pokontrolnych,
5. stwierdzenia szkody na zdrowiu i życiu pacjenta z winy Przyjmującego Zamówienie,
6. innych szkód powstałych z winy Przyjmującego Zamówienie,

b) wartości świadczeń wynikających z negatywnej weryfikacji lub konieczności zwrotu przez Udzielającego Zamówienia środków finansowych do NFZ,

c) kary umownej :

**1) w wysokości 100% stawki godzinowej za każdy dzień nieuzasadnionego zaprzestania wykonywania zamówienia, z wyłączeniem: choroby, wypadku losowego, wypoczynku w wymiarze do 4 tygodni w roku kalendarzowym (tydzień oznacza 7 kolejnych dni kalendarzowych począwszy od poniedziałku),**

**2) w wysokości 50% stawki godzinowej za każdą rozpoczętą godzinę niewykonywania świadczeń za niezgodne z harmonogramem realizowanie przedmiotu umowy tj. rozpoczynanie pracy z opóźnieniem, zawinione przez Przyjmującego Zamówienie przerwy w udzielaniu świadczeń, wcześniejsze opuszczanie miejsca wykonywania usług, nieuzasadnioną nieobecność.**

Kara umowna przysługuje Udzielającemu Zamówienia niezależnie od braku zapłaty za każdą rozpoczętą godzinę spóźnienia lub niewykonywania świadczeń.

d) innych kosztów wymienionych w § 4 niniejszej umowy.

7. W przypadku braku możliwości potrącenia kwot, o których mowa w ust.6, z bieżących faktur/rachunków Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do uregulowania należności na pisemne wezwanie Udzielającego Zamówienia.

§ 9

Przyjmujący Zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zabezpieczy:

1. odzież roboczą
2. identyfikator
3. posiadanie aktualnego badania profilaktycznego
4. posiadanie aktualnego okresowego szkolenia bhp dla lekarza anestezjologa .

§10

1. Przyjmującego Zamówienie obowiązuje zakaz pobierania jakichkolwiek opłat na własną rzecz od pacjentów lub ich opiekunów z tytułu wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy w obiektach Udzielającego Zamówienia, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

2. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Przyjmującego Zamówienie w stanie wskazującym na spożycie alkoholu/środków odurzających na terenie obiektów Udzielającego Zamówienia lub spożywanie alkoholu/środków odurzających przez Przyjmującego Zamówienie w czasie przeznaczonym na wykonywanie świadczeń powodować będzie rozwiązanie umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 11

**Ochrona danych osobowych**

1. Strony zobowiązują się przetwarzać dane osobowe zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) i innymi powszechnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, stosując przy tym środki techniczne i organizacyjne wskazane w art. 32 RODO, zapewniające właściwą ochronę danych osobowych oraz zapewniając dostęp do danych osobowych wyłącznie osobom upoważnionym.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że przed zawarciem niniejszej umowy wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych osobowych (RODO), wobec każdej osoby fizycznej, od której dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio Przyjmujący Zamówienie pozyskał w celu wpisania jej do treści umowy jako dane osoby reprezentującej Przyjmującego Zamówienie lub działającej w jego imieniu przy realizowaniu umowy. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się, w przypadku wyznaczenia lub wskazania do działania przy wykonywaniu niniejszej umowy osób innych niż wymienione w jej treści, najpóźniej wraz z przekazaniem Udzielającemu Zamówienia danych osobowych tych osób, zrealizować obowiązki informacyjne o których mowa w ust. 3).
3. W odniesieniu do danych osobowych **pracowników/współpracowników Przyjmującego Zamówienie, odpowiedzialnych za realizację niniejszej umowy**, Udzielający Zamówienia informuje iż zgodnie z RODO:
4. Administratorem danych osobowych pracowników/współpracowników Przyjmującego Zamówienie jest **Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza**, adres: Niekłańska 4/24, 03-924 Warszawa;
5. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@nieklanska.pl](mailto:iod@nieklanska.pl);
6. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w zakresie: imienia i nazwiska, stanowiska służbowego, danych kontaktowych (numeru telefonu, adresu e-mail). Państwa dane zostały pozyskane w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą (tj. od Przyjmującego Zamówienie) oraz są przetwarzane w wyniku współpracy między Administratorem, a Przyjmującym Zamówienie;
7. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) c) w zw. ustawą z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny oraz f) RODO, tj. w celu realizacji umowy pomiędzy Administratorem a Przyjmującym zamówienie, w celach kontaktowych, ustalenia, zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń;
8. Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także innym podmiotom z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcom świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
9. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych.
11. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres współpracy między Administratorem a Przyjmującym zamówienie, a po jego zakończeniu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów prawa.
12. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu i usunięcia danych a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania.
14. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.
15. Dostęp – Przyjmującego Zamówienie - do danych osobowych Pacjentów Udzielającego Zamówienia, odbywa się na zasadach określonych w wewnętrznych regulacjach Udzielającego Zamówienia, z którymi Przyjmujący Zamówienie zapozna się przed rozpoczęciem realizacji przedmiotu umowy.

§ 12

**Bezpieczeństwo informacji i ciągłość działania**

1. W związku z realizacją niniejszej Umowy, Przyjmujący Zamówienie będący stroną zawartej Umowy zobowiązany jest do zapewnienia bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w związku jej realizacją, ochrony pozostałych udostępnionych mu aktywów Udzielającego Zamówienia, wspierających przetwarzanie tych informacji, w szczególności do zapewnienia ich poufności, integralności oraz dostępności oraz do zapewnienia ciągłości realizacji usług świadczonych na rzecz Udzielającego Zamówienia.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania przedmiotu Umowy zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz do zapoznania się przed jej podpisaniem i przestrzegania wymogów w zakresie bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania określonych w Polityce Bezpieczeństwa Informacji (BI-1-P) i Polityce Ciągłości Działania (BI-6-P), dostępnych na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia w zakładce „Bezpieczeństwo informacji”.
3. Podmiot, o którym mowa w ust. 1 i 2, w ramach niniejszej Umowy zobowiązuje się w szczególności:
4. stale troszczyć się o powierzone mu informacje i aktywa wspierające ich przetwarzanie oraz zachować szczególną ostrożność przy bieżącym korzystaniu z tych aktywów, w tym zadbać o zabezpieczenie ich przed utratą, kradzieżą, nieuprawnionym udostępnieniem, nieuprawnioną modyfikacją, uszkodzeniami mechanicznymi,
5. korzystać z powierzonych mu informacji i aktywów wspierających ich przetwarzanie, wyłącznie do celów wynikających z zapisów zawartej Umowy,
6. przesyłać informacje chronione z wykorzystaniem sieci Internet w formie zaszyfrowanej,
7. nie powielać, w tym nie kopiować informacji chronionych, udostępnionych i opracowanych w trakcie Umowy w zakresie szerszym, niż jest to potrzebne do jej realizacji,
8. informować Udzielającego Zamówienia o każdym podejrzeniu naruszeniu bezpieczeństwa informacji lub utraty ciągłości działania Udzielającego Zamówienia uzupełniając i przesyłając do Udzielającego Zamówienia formularz zgłoszenia naruszenia bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania na adres: [incydent@nieklanska.pl](mailto:incydent@szpitalkarowa.pl). Formularz znajduje się na stronie internetowej Udzielającego zamówienia w zakładce „Bezpieczeństwo informacji”.
9. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się niezwłocznie po zakończeniu niniejszej Umowy, trwale usunąć lub zniszczyć informacje chronione przetwarzane w ramach jej realizacji, chyba że obowiązek ich dalszego przetwarzania wynika wprost z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.
10. Jednocześnie Przyjmujący Zamówienie potwierdza, że pracownicy bezpośrednio realizujący przedmiot niniejszej Umowy zostali zapoznani i zobowiązani do przestrzegania przedmiotowych wymogów w zakresie bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania.

§ 13

Umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:

1) za zgodą obu Stron w każdym czasie,

2) za uprzednim 3 miesięcznym wypowiedzeniem przez każdą ze Stron bez podawania przyczyn, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,

3) za uprzednim 1 miesięcznym wypowiedzeniem, ze skutkiem j.w. w przypadku :

* + 1. wypowiedzenia umowy przez NFZ,
    2. ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich nieodpowiedniej jakości,
    3. nie przekazywania wymaganych sprawozdań, informacji, rozliczeń,
    4. uzasadnionych skarg pacjentów gdy wynikają one z rażącego naruszania przepisów,
  1. wskutek oświadczenia Udzielającego Zamówienia, bez zachowania wypowiedzenia w razie:
  2. utraty uprawnień do wykonywania zawodu,
  3. uzasadnioną okolicznościami utratę zaufania do Przyjmującego Zamówienie,
  4. działania Przyjmującego Zamówienie wbrew wskazówkom lub interesowi Udzielającego Zamówienia,
  5. popełnienia przestępstwa, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jeśli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste,
  6. nie udokumentowania zawarcia umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy lub wygaśnięcia polisy ubezpieczeniowej w trakcie trwania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

§ 14

1. Umowa zostaje zawarta na okres **od dnia 1 czerwca 2024r. do dnia ………………..202.r.**

2. Strony dopuszczają możliwość przedłużenia trwania umowy na kolejne okresy, pod warunkiem uzyskania przez Szpital finansowania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

§ 15

1. Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. Strony zobowiązują się rozwiązywać spory wynikające z realizacji postanowień niniejszej umowy w drodze negocjacji, a w przypadku niemożności osiągnięcia kompromisu powstałe spory poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego, właściwego dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

3. Przyjmujący Zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia przenosić wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie, ani rozporządzać nimi w jakiejkolwiek prawem przewidzianej formie. W szczególności wierzytelność nie może być przedmiotem zabezpieczenia zobowiązań Przyjmującego Zamówienie (np. z tytułu umowy kredytu, pożyczki). Przyjmujące Zamówienie nie może również zawrzeć umowy z osobą trzecią o podstawienie w prawa wierzyciela (art.518 Kodeksu cywilnego). Przyjmujący Zamówienie nie może również bez zgody Udzielającego Zamówienia przyjąć poręczenia za jego zobowiązania ani udzielić pełnomocnictwa do dochodzenia wierzytelności objętych umową innemu podmiotowi profesjonalnie zajmującym się obrotem wierzytelnościami i pozasądową windykacją wierzytelności . W przypadku zawarcia z podmiotem trzecim umowy o zarządzanie wierzytelnościami lub innej podobnej umowy wszelkie płatności dokonywane będą wyłącznie na rachunek Przyjmującego Zamówienie. Art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej stosuje się bezpośrednio do należności wynikających z niniejszej umowy.

4. Strony zastrzegają poufność postanowień umowy dla osób trzecich z wyłączeniem zapisów stanowiących informację publiczną w rozumieniu ustawy o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022r poz. 902) .

5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie:

1. aktualne postanowienia umowy zawartej pomiędzy Szpitalem Dziecięcym im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza a NFZ,
2. odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego,
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U z 2024r. poz. 146),
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2023r. poz. 991).

§ 16

Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, w tym dwa dla Udzielającego Zamówienia, jeden dla Przyjmującego Zamówienie.

**Przyjmujący Zamówienie Udzielający Zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *załącznik nr 1 do umowy nr* |  |  |  |  | |
| Sprawozdanie z wykonania usług w zakresie anestezjologii i int.ter. | | | | |  |  |
| Lekarz/Podmiot ……………………………………………………………………. | | | | |  |  |
| Za okres miesiąc ……………………….. Rok ……………………………… | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| data | BLOK |  | OIT |  | Razem | Uwagi Kierownika OIT |
|  | godziny od do | l.godzin | godziny od do | l.godzin | l.godzin | Zastępstwo za nazwisko i imię wykonawcy z planowanego harmonogramu |
| 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 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ……………………. |  |
|  |  |  |  |  | podpis lekarza/podmiotu/koordynatora umowy | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ………………………… | |  |  |  |  |
|  | potwierdzam wykonanie usług Kierownik OIT | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Załącznik nr 1a do umowy nr*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HARMONOGRAM ANESTEZJOLOGICZNYCH USŁUG LEKARSKICH W M-CU………./20… | | | | | |
| PODMIOT LECZNICZY ŚWIADCZĄCY USŁUGI ………………………………….. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| data | imię i nazwisko | od godziny do godziny | imię i nazwisko | od godziny do godziny | l.godzin razem |
|  | BLOK |  | OIT |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
|  | razem | xxxxxxxxxxx | razem | xxxxxxxxx |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | *podpis i akceptacja*  Kierownika OIT |  | podpis koordynatora umowy | | |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………., Warszawa

**UPOWAŻNIENIE nr ………………**

do przetwarzania danych osobowych w

**Szpitalu Dziecięcym** **im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie**

**TREŚĆ UPOWAŻNIENIA**

Działając na podstawie Polityki ochrony danych osobowych, w celu zapewnienia realizacji postanowień Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanego dalej „RODO”, **administrator** **upoważnia**:

imię: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_

nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

stanowisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do przetwarzania danych osobowych, których administratorem w rozumieniu art. 4 pkt 7 RODO jest Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie lub które zostały powierzone Szpitalowi Dziecięcemu im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie do przetwarzania.

Upoważnienie dotyczy przetwarzania danych osobowych w postaci papierowej oraz w ramach nadanych dostępów do systemów informatycznych służących do przetwarzania danych osobowych w zakresie zgodnym z zakresem powierzonych czynności.

Upoważnienie traci ważność z chwilą jego cofnięcia, wydania nowego upoważnienia lub ustania stosunku umownego wiążącego upoważnionego z Szpitalem Dziecięcym im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, podpis i pieczątka Dyrektora Szpitala

Potwierdzam otrzymanie niniejszego upoważnienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis osoby upoważnionej

…………………………………..., Warszawa

imię: **………………………………..**

nazwisko: **………………………………**

stanowisko: **……………………………..**

komórka organizacyjna: **………………………………………..**

OŚWIADCZENIE o zachowaniu informacji, w tym danych osobowych w poufności w

**Szpitalu Dziecięcym** **im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie** (dalej „Szpital”)

**TREŚĆ OŚWIADCZENIA**

W związku z dopuszczeniem do przetwarzania informacji, w tym danych osobowych, oświadczam, że:

* Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków wynikających z regulacji wewnętrznych Szpitala obowiązujących w obszarze bezpieczeństwa informacji, w tym przetwarzania danych osobowych, a w szczególności Polityki Bezpieczeństwa Informacji oraz Polityki ochrony danych osobowych „w pigułce”.
* Zostałem poinformowany o obowiązkach spoczywających na personelu Szpitala uczestniczącym w operacjach przetwarzania informacji, w tym danych osobowych, podczas uczestnictwa w szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa informacji, w tym ochrony danych osobowych, ( szkolenie online).
* Zapewnię bezpieczeństwo przetwarzanych informacji, w tym danych osobowych, poprzez ich ochronę przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.
* Zachowam w tajemnicy informacje, w tym dane osobowe, oraz sposoby ich zabezpieczeń, do których uzyskam dostęp w trakcie współpracy ze Szpitalem, jak i po jej zakończeniu.
* Będę wykonywać polecenia odpowiednio Inspektora Ochrony Danych lub Pełnomocnika Bezpieczeństwa Informacji oraz innych przedstawicieli Szpitala odpowiedzialnych za bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych, które będą związane z zachowaniem bezpieczeństwa informacji, w tym danych osobowych, i sposobów ich zabezpieczenia w poufności.
* W razie uzyskania nieuprawnionego dostępu do informacji, w tym danych osobowych, lub wykrycia incydentu godzącego w bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych, zobowiązuję się powiadomić o tym Centralny Zespół ds. Reagowania na Incydenty (CZRI), adres e-mail: incydent@nieklanska.pl.
* Znane mi są zasady monitorowania sposobu używania sprzętu służbowego, w tym m.in. telefonu komórkowego, komputerów, poczty elektronicznej, obowiązujące w Szpitalu. Zostałem poinformowany o zakresie i sposobach prowadzenia ww. monitoringu.
* Znane mi są zasady odpowiedzialności prawnej za niezgodne z przepisami prawa przetwarzanie informacji, w tym danych osobowych, oraz mam świadomość, że za niedopełnienie obowiązków wynikających z niniejszego oświadczenia mogę odpowiadać prawnie na podstawie regulacji wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu, kodeksu pracy, kodeksu karnego lub kodeksu cywilnego.
* Zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych jest Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie.
* Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą obowiązku informacyjnego wypełniającą postanowienia art. 13 RODO.

Oświadczam, że treść niniejszego oświadczenia jest mi znana i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Potwierdzam odbiór 1 egz. niniejszego oświadczenia.

……………………..…………………………………………….

data i podpis składającego oświadczenie

Załącznik nr 2 do Procedury zarządzania bezpieczeństwem osobowym

……………………………….. Warszawa

imię: **…………………………..**

nazwisko: **…………………………………**

stanowisko: **LEKARZ KONTRAKTOWY**

komórka organizacyjna: **OIT z działem anestezjologii**

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU Z DOKUMENTACJĄ SZBI**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z dokumentacją Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, w szczególności Polityką Bezpieczeństwa Informacji Szpitala, i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podlegam obowiązkowi zapoznawania się na bieżąco z kolejnymi przepisami wewnętrznymi Szpitala, regulującymi sprawy bezpieczeństwa i ochrony informacji (obecnie jak i w przyszłości) oraz ich przestrzegania przez cały czas trwania stosunku pracy.

Przyjmuję do wiadomości, że przetwarzając informacje chronione w Szpitalu jestem odpowiedzialny/a za nieuprawnione ujawnienie, przekazanie, pozyskanie, czy też utratę tych informacji, a powyższe działanie jest ciężkim naruszeniem podstawowych obowiązków pracowniczych w rozumieniu art. 52 kodeksu pracy, mogącym spowodować moją odpowiedzialność dyscyplinarną, odpowiedzialność cywilną za wyrządzoną szkodę, a także odpowiedzialność karną, o której mowa w art. 266 kodeksu karnego, a także na podstawie art. 107 i 108 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

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

(czytelny podpis składającego oświadczenie)