**Nr postępowania: K-8-25**

**Przedmiot konkursu: konsultacje/badania wysokospecjalistyczne**

 **Załącznik nr 1A**

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

miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

KONSULTACJE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Konsultacje** | **Szacunkowa ilość konsultacji (na czas trwania umowy)** | **Cena za 1 konsultację****w miejscu wyznaczonym przez Przyjmującego zamówienie****(CENA OFERTOWA)** | **Cena za 1 konsultację****w lokalizacji Udzielającego zamówienia****(przypadki nagłe, wyjątkowe)** | **Czas oczekiwania na konsultację** | **Miejsce wykonywania konsultacji****(należy podać dokładny adres)** | **Odległość w km od miejsca udzielania konsultacji przez Przyjmującego zamówienie do siedziby Udzielającego zamówienia** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Chorób naczyń dla dorosłych | 30 |  |  |  |  |  |
| 2. | Chorób wątroby dla dorosłych | 30 |  |  |  |  |  |
| 3. | Chorób wątroby dla dzieci | 5 |  |  |  |  |  |
| 4. | Ginekologiczna dla dorosłych | 20 |  |  |  |  |  |
| 5. | Ginekologiczna wraz z badaniem cytologicznym | 10 |  |  |  |  |  |
| 6. | Hematologiczna dla dorosłych | 30 |  |  |  |  |  |
| 7. | Hematologiczna dla dzieci | 10 |  |  |  |  |  |
| 8. | Kardiologiczna dla dzieci | 15 |  |  |  |  |  |
| 9. | Kardiologiczna dla dorosłych | 30 |  |  |  |  |  |
| 10. | Neurochirurgiczna | 40 |  |  |  |  |  |
| 11. | Neurologiczna dla dzieci | 40 |  |  |  |  |  |
| 12. | Psychiatryczna dla dzieci | 30 |  |  |  |  |  |
| 13. | Pulmonologiczna dla dorosłych | 50 |  |  |  |  |  |
| 14. | Cukrzycowa dla dzieci | 10 |  |  |  |  |  |
| 15. | Chirurgiczna dla dorosłych | 30 |  |  |  |  |  |
| 16. | Chirurgiczna dla dzieci | 20 |  |  |  |  |  |

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

 podpis i pieczątka Oferenta lub osoby upoważnionej

**Nr postępowania: K-8-25**

**Przedmiot konkursu: konsultacje/badania wysokospecjalistyczne**

**Załącznik nr 1B**

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

miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

BADANIA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Zakres badania** | **Szacunkowa ilość badań na czas trwania umowy** | **Cena za 1 badanie****w miejscu wykonywania badań przez Przyjmującego zamówienie** | **Czas oczekiwania na badanie** | **Miejsce wykonywania badań****(należy podać dokładny adres)** | **Odległość w km od miejsca wykonywania badań przez Przyjmującego zamówienie do siedziby Udzielającego zamówienia** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1. | Badania objęte zakresem działań „Pracowni Badań Przewodnictwa Nerwowego” – 2 nerwy | 60 |  |  |  |  |
| 2. | Diagnostyczne badanie mięśni EMG | 40 |  |  |  |  |
| 3a\* | RTG przewodu pokarmowego: przełyk | 10 |  |  |  |  |
| 3b\* | RTG przewodu pokarmowego: przewód pokarmowy | 10 |  |  |  |  |
| 4. | Scyntygrafia kości | 10 |  |  |  |  |
| 5. | Echokardiografia przezprzełykowa | 15 |  |  |  |  |

**Uwaga! Badania oznaczone „\*” tj. 3.\* - w przypadkach pilnych i nagłych Udzielający zamówienie wymaga całodobowego dostępu do badań.**

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

 podpis i pieczątka Oferenta lub osoby upoważnionej

Uwaga! Badania diagnostyczne punkty: B.3a), B.3b) - traktuje się jako jedno zadanie

**Nr postępowania: K-8-25**

**Przedmiot konkursu: konsultacje/badania wysokospecjalistyczne**

**Załącznik nr 1C**

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

miejscowość, data

Należy podać godziny dostępności

## Wykaz godzin pracy poradni / przeprowadzania badań

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa poradni/ pracowni | **Telefon kontaktowy** | **Dni tygodnia** |
| **Poniedziałek****godziny** | **Wtorek****godziny** | **Środa****godziny** | **Czwartek****godziny** | **Piątek****godziny** | **Sobota****godziny** | **Niedziela****godziny** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ……………………………………………………

 podpis i pieczątka Oferenta lub osoby upoważnionej

**Nr postępowania: K-8-25**

**Przedmiot konkursu: konsultacje/badania wysokospecjalistyczne**

**Załącznik Nr 2**

FORMULARZ OFERTOWY

# Pełna nazwa oferenta: ……………………………………………………............................…………………………………......

Pełny adres siedziby oferenta (kod pocztowy):.................................................................................................................................

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

**Nr tel/fax, kom**.: .......................................................................**e-mail:**...........................................................................................

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: praktyk lekarskich /innego właściwego rejestru ............................................................................................................................................................................................................

nr statystyczny **REGON:** ..............................................., nr Identyfikacji Podatkowej **NIP:**  ……………....…………………...

Nazwa banku, nr rachunku: .............................................................................................................................................................

1. Oświadczam, iż po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert nr K-8-25 na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania wysokospecjalistycznych konsultacji medycznych oraz badań diagnostycznych, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i składam ofertę na świadczenia medyczne zawarte w Załączniku nr 1 do oferty.
2. Oświadczam w imieniu w/w Oferenta, że jako podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, na który składana jest oferta:
3. jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszego konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2025 r. poz. 450) i pozostałymi przepisami, w szczególności jestem zarejestrowany we właściwym rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą z zakresem świadczeń zdrowotnych zgodnie ze składaną ofertą;
4. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi;
5. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję osobami uprawnionymi do wykonywania niniejszego zamówienia, tj.:

- dla konsultacji medycznych – lekarzem posiadającym wykształcenie wyższe medyczne, prawo do wykonywania zawodu lekarza oraz tytuł specjalisty z dziedziny medycyny zgodnie ze składana ofertą,

- dla badań diagnostycznych – personelem uprawnionym i zdolnym do wykonywania badań oraz sprzętem niezbędnym do wykonania badań, na które składana jest oferta;

1. w przypadku lekarza składającego ofertę jako indywidualna praktyka lekarska – lekarz winien spełniać warunki wskazane w art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2025 r. poz. 450)
2. znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
3. potwierdzam dyspozycyjność / dostępność do świadczeń zdrowotnych / usług zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą podaję w **Załączniku nr 3.**
5. Oświadczam, że do wykonywania konsultacji i badań wykorzystam aparaturę i sprzęt wykazany w **Załączniku nr 4.**
6. Oświadczam, że konsultacje i badania zostaną wykonane w miejscach wskazanych w formularzu ofertowo-cenowym, których opis warunków lokalowych zawarty jest w **Załączniku nr 4.**
7. Oferuję realizację usług w okresie **24 miesięcy,** począwszy od dnia podpisania umowy po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu.
8. Akceptuję 30 dniowy termin płatności.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń \*/(wniosłem wcześniej propozycje zmian\*). W przypadku wybrania mojej oferty podpiszę proponowaną treść umowy.
10. Oferuję wykonanie usług zdrowotnych ogłoszonych w konkursie ofert za ceny jednostkowe podane w **Załączniku nr 1A-1B.**
11. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert.
12. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności\*/ *lub* oświadczam o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne\*.
13. Oświadczam, że nie jestem:

a) uczestnikiem konkursu, o którym mowa w art. 7 ust. 1ustawy wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy *z* dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę (Dz. U. poz. 835);

b) uczestnikiem konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

c) uczestnikiem konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

11) Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i w pozostałych dokumentach załączonych do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością sankcji związanych z odpowiedzialnością za składanie nieprawdziwych dokumentów lub oświadczeń.

1. Przyjmuję do wiadomości, że ilości badań i konsultacji wskazane w Załączniku nr 1A i 1B są szacunkowe. Faktyczne ilości wykonywanych badań i konsultacji są uzależnione wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienie i mogą ulec zmniejszeniu bez konieczności zmiany umowy albo zwiększeniu do 30% w stosunku do wartości umownej na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

**KLAUZULA RODO**

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o. z siedziba w Sopocie – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o., na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych\*\*.

TAK

 NIE

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

 data złożenia oświadczenia podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

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

 Data i podpis oferenta lub upoważnionego przedstawiciela

\*) *niewłaściwe skreślić*

*\*\*) Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych*

**Nr postępowania: K-8-25**

**Przedmiot konkursu: konsultacje/badania wysokospecjalistyczne**

**Załącznik nr 3**

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

miejscowość, data

**Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających**

**świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

***/sporządza samodzielnie oferent/***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa poradni/pracowni** | **Osoby przeznaczone do****udzielania świadczeń*****/imię i nazwisko/*** | **Kwalifikacje****zawodowe poszczególnych osób****(*przy konsultacjach wskazać posiadaną specjalizację oraz prawo do wykonywania zawodu)*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

 Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela

**Nr postępowania: K-8-25**

**Przedmiot konkursu: konsultacje/badania wysokospecjalistyczne**

**Załącznik nr 4**

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

miejscowość, data

Sporządza samodzielnie Oferent

**Dla oferowanych badań wysokospecjalistycznych użyjemy następującej aparatury i sprzętu medycznego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj i typ aparatu / sprzętu** | Rok produkcji | **Rodzaj wykonywanego badania** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

Opis warunków lokalowych miejsca wykonywania badań wysokospecjalistycznych:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela

Załącznik nr 5

### **UMOWA nr ………….. / WZÓR**

### **badania/konsultacje**

zawarta w Sopocie w dniu .....................2025 roku pomiędzy:

**1/ Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o. o. z siedzibą w Sopocie**, ul. Grunwaldzka 1-3, 81–759 Sopot, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk- Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000684944, NIP: 5851479028, REGON: 192587795, kapitał zakładowy 86.400.000,00 zł – opłacony w całości, zwaną dalej **UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA,** reprezentowaną przez:

- …………………………………………………

a

**2**/........................................................................... z siedzibą w ..........................................zarejestrowanym w ............................................................................................. posiadającym NIP: ....................... REGON:................................, zwanym w dalszej części niniejszej umowy **PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE** reprezentowanym przez:

- ...................................................................................

o następującej treści:

**§1**

Podstawą zawarcia niniejszej umowy jest wybór najkorzystniejszej oferty wyłonionej w trybie konkursu ofert nr K-8-25 w oparciu o ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2025 r. poz. 450).

**§2**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu konsultacji specjalistycznych/badań diagnostycznychw zakresie i cenie ofertowej podanej w Załączniku nr...... stanowiącym integralną część umowy.

2. Udzielający zamówienia określił szacunkowo zapotrzebowanie na wykonywanie konsultacji specjalistycznych/badań diagnostycznych stanowiących przedmiot niniejszej umowy. W konsekwencji ilość konsultacji specjalistycznych/badań diagnostycznych oraz maksymalna wartość umowy objęta niniejszą umową może ulec zmniejszeniu bez konieczności zmiany umowy, albo zwiększeniu do 30% w stosunku do wartości umownej na podstawie aneksu do umowy, w zależności od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. W przypadku zmniejszenia lub zwiększenia ilości zamówionych konsultacji specjalistycznych/badań diagnostycznych, wartość umowy wskazana w §8 pkt. 4 ulegnie odpowiedniemu zmniejszeniu lub zwiększeniu.

3. Faktyczne ilości zamówionych konsultacji specjalistycznych/badań są uzależnione wyłącznie od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia.

**§3**

1. Świadczenia wykonywane będą na terenie Przyjmującego zamówienie w miejscach wskazanych w Załączniku nr....... do niniejszej umowy przez osoby uprawnione o kwalifikacjach wymienionych w Załączniku nr 2 do umowy lub w wyjątkowych wypadkach, nagłych, uzależnionych od potrzeb pacjenta w odpowiednich lokalizacjach Udzielającego zamówienia, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym z lekarzami uprawnionymi do wykonywania ujętych w umowie konsultacji.
2. Wizyty w poradniach/pracowniach umawiane będą telefonicznie w dniach tygodnia zgodnie z obowiązującymi godzinami pracy poradni/pracowni w załączonym wykazie do oferty - Załączniku nr 1C, /*z zastrzeżeniem w przypadkach pilnych i nagłych – dostępności całodobowej na badania dla pozycji wskazanych w Załączniku nr ...... do umowy.*
3. Udzielający zamówienia samodzielnie dowozi pacjenta na badanie lub konsultacje do miejsc wskazanych przez Przyjmującego zamówienie, za wyjątkiem sytuacji, kiedy z uwagi na stan pacjenta niezbędna jest konsultacja w odpowiednich lokalizacjach Udzielającego zamówienia/oraz gdy stałym miejscem konsultacji wskazanym przez Przyjmującego zamówienie jest odpowiednia lokalizacja Udzielającego zamówienia. Wówczas udzielanie konsultacji na terenie Udzielającego zamówienia nie może zakłócać pracy Pomorskiego Centrum Reumatologicznego.
4. Świadczenia wykonywane będą na podstawie pisemnego skierowania/zlecenia. Konsultacje lub badania będą się odbywały na podstawie wystawionych przez Udzielającego zamówienia indywidualnych skierowań lub innych obowiązujących druków w terminie zgodnym z Załącznikiem nr 1 do umowy począwszy od dnia umówienia wizyty zgłoszonej telefonicznie/ mailowo potwierdzonej mailem.
5. Przyjmujący zamówienie będzie przekazywał wyniki badań w formie elektronicznej. Jeśli Przyjmujący zamówienie nie dysponuje systemem informatycznym umożliwiającym udostępnienie on-line wyników wykonanych badań, wyniki te należy przesłać Udzielającemu zamówienia drogą poczty elektronicznej na adres wyniki@pcrsopot.pl z zachowaniem następujących zasad:
6. dokument zawierający wyniki musi być przekazywany w formacie pdf (skan podpisanego dokumentu lub dokument podpisany elektronicznie),
7. bezwzględnie wymagane jest zabezpieczenie hasłem dokumentów wysyłanych drogą poczty elektronicznej- ustalonym hasłem jest PESEL pacjenta,
8. w treści wiadomości, do której załączany jest dokument z wynikami należy podać wyłącznie nazwę wykonanego badania/ konsultacji, a także inicjały i ID pacjenta wskazane na zleceniu badania

**§4**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania badań lub konsultacji z zawodową starannością i zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie tylko za badania lub konsultacje (diagnozy) prawidłowo wykonane tzn. takie, które są czytelne i zrozumiałe.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się na czas urlopu wypoczynkowego, zwolnienia lekarskiego i nieobecności w pracy osób wykonujących świadczenie, spowodowanych innymi względami, do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości świadczenia usług stanowiących przedmiot niniejszej umowy.

*(Dla konsultacji wykonywanych przez lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską:*

1. *Przerwa w udzielaniu świadczeń, jest możliwa po uzyskaniu zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej w oparciu o wniosek o wyrażenie zgody złożony Udzielającemu zamówienia co najmniej na 3 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia takiej przerwy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.*
2. *W nagłych sytuacjach losowych (przyczyny rodzinne, chorobowe, itp.) Przyjmujący zamówienie niezwłocznie zawiadamiał będzie Udzielającego zamówienie o niemożliwości wykonywania świadczeń.).*

**§5**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących przepisów sanitarnych i z tego tytułu ponosił będzie pełną odpowiedzialność przed służbami sanitarno-epidemiologicznymi.
2. Pomieszczenia, w których Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielić świadczeń oraz ich wyposażenie w aparaturę medyczną muszą odpowiadać określonym standardom wynikającym z przepisów prawa, w tym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2022.402) oraz posiadać certyfikaty i wymagane krajowe atesty uzyskane w trybie odrębnych przepisów. Przyjmujący zamówienie deklaruje dostarczenie odpowiednich świadectw aparatury, za pomocą której wykonywane są badania na każde żądanie Udzielającego zamówienia w terminie 7 dni (dotyczy badań).

*(Dla konsultacji wykonywanych w odpowiednich lokalizacjach Udzielającego zamówienie przez lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską:*

1. *Dla celów wykonania niniejszej umowy i tylko w takim wyłącznym celu Udzielający zamówienia w celu wykonania jej postanowień, udostępni Przyjmującemu zamówienie posiadaną aparaturę i sprzęt medyczny, a także inne środki niezbędne do wykonywania zamówienia.*
2. *Udzielający zamówienia zobowiązuje się na własny koszt dbać o należyty stan techniczny przedmiotowej aparatury i sprzętu, zapewnić pełną sprawność aparatury i sprzętu niezbędnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, w tym, w szczególności zapewnić serwis i okresowe przeglądy zgodnie z instrukcją ich obsługi i obowiązującymi w tym zakresie przepisami, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dbałości o powierzony mu sprzęt i aparaturę medyczną.*
3. *Za szkody w mieniu Udzielającego zamówienia powstałe z winy Przyjmującego zamówienie odpowiedzialność ponosi Przyjmujący zamówienie na zasadach ogólnych.*

**§6**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie poprawności wykonywania badań i konsultacji oraz prowadzenia sprawozdawczości statystycznej i dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przyjmujący zamówienie będzie przekazywał niezwłocznie na żądanie Udzielającego zamówienia, na piśmie, wszelkie dodatkowe informacje o realizacji świadczeń medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy.

**§7**

* + - 1. Podstawę zapłaty należności za wykonane usługi wymienione w § 2 niniejszej umowy stanowi faktura dostarczona w formie elektronicznej w formacie pdf, przesłana na adres eod.sekretariat@pcrsopot.pl wystawiona przez Przyjmującego zamówienie po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego wraz z wykazami pacjentów w podziale na oddziały lub poradnie, z których skierowano pacjenta zawierającymi: imię, nazwisko i numer PESEL pacjenta oraz nazwisko lekarza kierującego
			2. Udzielający zamówienia będzie regulował należność Przyjmującego zamówienie w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania faktury, przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie ......................................
			3. Terminem zapłaty jest dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
			4. Na podstawie art. 106m i 106n ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 361 z późn. zm.), w związku z zawartą pomiędzy stronami umową, Udzielający zamówienia wyraża zgodę na przesyłanie mu drogą elektroniczną faktur elektronicznych oraz faktur przesyłanych w formie elektronicznej, w tym faktur korygujących wystawianych przez Przyjmującego zamówienie.
			5. Faktury będą przesyłane przez Przyjmującego zamówienie w postaci plików PDF z adresów poczty elektronicznej Przyjmującego zamówienie: …............................................ na adres Udzielającego zamówienia podany w ust. 1 powyżej. Przyjmujący zamówienie oraz Udzielający zamówienia oświadczają, że są wyłącznymi posiadaczami wskazanych powyżej adresów poczty elektronicznej.

**§8**

1. Za wykonane badania lub konsultacje wymienione w §2 niniejszej umowy Udzielający zamówienia będzie płacił Przyjmującemu zamówienie według cen określonych w Załączniku nr .... stanowiącym integralną część umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymania cen za wykonywane konsultacje/ badania przez cały okres trwania umowy z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W trakcie trwania umowy ceny ulegną zmianie w przypadku zmian (także obniżka) stawek podatku VAT związanych bezpośrednio z przedmiotem zamówienia.
4. W okresie trwania umowy szacunkowa maksymalna wartość umowy wynosi **................................ zł** **brutto**. Po wyczerpaniu tej kwoty niniejsza umowa wygasa.

**§9**

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie przedmiotu umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy.
3. W przypadku nieudokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez Przyjmującego zamówienie, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej umowa ulega rozwiązaniu bez wypowiedzenia.
4. Za każdy stwierdzony przypadek naruszenia obowiązków objętych niniejszą umową Udzielającemu zamówienie przysługuje uprawnienie do naliczania Przyjmującemu zamówienie kary umownej w wysokości 100,00 zł. W przypadku wystawienia przez Udzielającego zamówienia noty obciążeniowej z tytułu kar umownych, Przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na kompensatę należności wynikających z jego faktur.
5. Łączna wysokość kar umownych naliczonych na podstawie niniejszej umowy nie może przekroczyć 50% kwoty maksymalnej wartości umowy, o której mowa w § 8 ust. 4 niniejszej umowy.
6. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość wskazanych powyżej kar umownych na zasadach ogólnych k.c.
7. Przyjmujący zamówienie odpowiada za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń medycznych, w tym wyniku z błędów w sztuce medycznej, nienależytej staranności lub niedbalstwa.

**§10**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących u Udzielającego zamówienie oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących u Udzielającego zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje poddać się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienia w zakresie prawidłowej realizacji niniejszej umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku i umową pod rygorem odpowiedzialności odszkodowawczej oraz rozwiązania niniejszej umowy.

**§11**

1. **Umowa obowiązuje przez okres 24 miesięcy, od dnia podpisania umowy, tj. ………………… do dnia ………………….r.**
2. Umowa ulega rozwiązaniu:
3. z upływem czasu, na który była zawarta;
4. z dniem zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
5. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w szczególności Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym jeżeli:
6. Przyjmujący zamówienie odmówi wykonania lub wykona zlecone badania lub konsultacje z nienależytą zawodową starannością lub niezgodnie z obowiązującymi przepisami lub w sposób stanowiący zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów,
7. Przyjmujący zamówienie zmieni wskazane w ofercie miejsce badań lub konsultacji, bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia,
8. Przyjmujący zamówienie utraci uprawnienia konieczne do wykonywania badań lub konsultacji objętych niniejszą umową,
9. Przyjmujący zamówienie naruszy zobowiązanie o poufności i tajemnicy danych.
10. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za 2-miesięcznym pisemnym wypowiedzeniem, ze skutkiem biegnącym od dnia doręczenia wypowiedzenia drugiej stronie.
11. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron w każdym czasie, gdy zaistnieją okoliczności uniemożliwiające dalsze trwanie umowy, których nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia, w szczególności zaś zmiany warunków kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

***§12***

***/dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą/***

1. Udzielający zamówienia na podstawie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych informuje, że Administratorem Danych Osobowych w stosunku do danych osobowych Przyjmującego zamówienie przekazanych w ramach niniejszej umowy jest: Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie, adres korespondencyjny wskazany na wstępie niniejszej umowy, adres kontaktowy email: iod@pcrsopot.pl.
2. Dane osobowe Przyjmującego zamówienie będą przetwarzane przez Udzielającego zamówienia w celu wykonania niniejszej umowy, wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze Danych Osobowych, w tym rozliczenia świadczeń publicznoprawnych związanych z wykonaniem tej umowy oraz do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt b), c) i f) 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.
3. Dane osobowe Przyjmującego zamówienie będą przetwarzane przez Udzielającego zamówienia przez okres realizacji niniejszej umowy a następnie przez okres wymagany do rozliczenia wynagrodzenia oraz świadczeń publicznoprawnych związanych z wykonaniem tej umowy. Po tym okresie dane osobowe Przyjmującego zamówienie będą przetwarzane przez Udzielającego zamówienia wyłącznie do celów finansowo – księgowych i podatkowych lub ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń przez okres wymagany do wygaśnięcia zobowiązań podatkowych i cywilnych.
4. Dane osobowe Przyjmującego zamówienie nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom uprawionym do rozliczania i kontroli działalności Udzielającego zamówienia z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa, podmiotom świadczącym obsługę prawną Udzielającego zamówienia, bankom za pomocą których dokonywana jest płatność świadczeń wynikających z niniejszej umowy, firmie hostingowej dostarczającej usługi poczty elektronicznej na rzecz Udzielającego zamówienia oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.
5. Przyjmujący zamówienie ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia z zastrzeżeniem przepisów Rozporządzenia, w tym art. 17 Rozporządzenia, ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
6. Przyjmujący zamówienie ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, w tym przepisy Rozporządzenia.

***§ 12***

***/dla osób prawnych/***

1. 1. Udzielający zamówienia na podstawie przepisów dotyczących ochrony danych osobowych informuje, że Administratorem Danych Osobowych w stosunku do danych osobowych zidentyfikowanych lub możliwych do zidentyfikowania osób fizycznych ujawnionych przez Przyjmującego zamówienie przekazanych w ramach niniejszej umowy jest: Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie, adres korespondencyjny wskazany na wstępie niniejszej umowy, adres kontaktowy email: iod@pcrsopot.pl.
2. Dane osobowe zidentyfikowanych lub możliwych do zidentyfikowania osób fizycznych ujawnione przez Przyjmującego zamówienie będą przetwarzane przez Udzielającego zamówienia w celu wykonania niniejszej umowy, wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze Danych Osobowych, w tym rozliczenia świadczeń publicznoprawnych związanych z wykonaniem tej umowy oraz do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt b), c) i f) 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.
3. Dane osobowe zidentyfikowanych lub możliwych do zidentyfikowania osób fizycznych ujawnione przez Przyjmującego zamówienie będą przetwarzane przez Udzielającego zamówienia przez okres realizacji niniejszej umowy a następnie przez okres wymagany do rozliczenia wynagrodzenia oraz świadczeń publicznoprawnych związanych z wykonaniem tej umowy. Po tym okresie dane osobowe zidentyfikowanych lub możliwych do zidentyfikowania osób fizycznych ujawnione przez Przyjmującego zamówienie będą przetwarzane przez Udzielającego zamówienia wyłącznie do celów finansowo – księgowych i podatkowych lub ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń przez okres wymagany do wygaśnięcia zobowiązań podatkowych i cywilnych.
4. Dane osobowe zidentyfikowanych lub możliwych do zidentyfikowania osób fizycznych ujawnione przez Przyjmującego zamówienie nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom uprawionym do rozliczania i kontroli działalności Udzielającego zamówienia z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa, podmiotom świadczącym obsługę prawną Udzielającego zamówienia, bankom za pomocą których dokonywana jest płatność świadczeń wynikających z niniejszej umowy, firmie hostingowej dostarczającej usługi poczty elektronicznej na rzecz Udzielającego zamówienia oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych.
5. Osoby, których dane osobowe zostały ujawnione przez Przyjmującego zamówienie mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia z zastrzeżeniem przepisów Rozporządzenia, w tym art. 17 Rozporządzenia, ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
6. Osoby, których dane osobowe zostały ujawnione przez Przyjmującego zamówienie mają prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, w tym przepisy Rozporządzenia.

**§13**

1. Wszelkie zmiany w treści niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Nieważna jest zmiana postanowień umowy oraz wprowadzanie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

**§14**

Bez pisemnej zgody Udzielającego zamówienia Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią.

**§15**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2025 r. poz. 450) stosowana odpowiednio ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (j.t.Dz.U.2024.146 ze zm.) oraz pozostałe przepisy prawa.

**§16**

Ewentualne spory wynikłe na tle realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w drodze negocjacji, a w przypadku niemożności osiągnięcia porozumienia, sprawy sporne będą rozstrzygane na drodze sądowej przez sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

**§17**

*Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Grunwaldzkiej 1-3, 81-759 Sopot oświadcza, iż posiada/ Strony oświadczają, iż posiadają* status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych (t .j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1790).

**§18**

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

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

*Integralna część umowy stanowią:*

Załącznik nr *1A-B* – Formularz ofertowo-cenowy

Załącznik nr 1C – Wykaz godzin pracy poradni/przeprowadzania badań

Załącznik nr 2 – Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych